

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Vliv sexuálního zneužívání dětí
na jejich aktuální sociální situaci**

**The influence of the sexual abuse
of children on their actual social situation**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaeDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Andrea Bechynská

Praha 2016

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení, cenné rady, podporu a podněty při zpracování této diplomové práce. Velké poděkování patří též mé rodině a příteli za pomoc a podporu během studia.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Vliv sexuálního zneužívání dětí na jejich aktuální sociální situaci“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. května 2016

Andrea Bechynská

Anotace

Bakalářská práce pojednává o příčinách a důsledcích sexuálního zneužívání dětí a jeho vlivu na jejich aktuální sociální situaci. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů týkajících se sexuálního zneužívání, rodinného prostředí a sociální práce s dětmi a rodinou. Část praktická se zaměřuje na rozbor tří kazuistik, jejichž výsledky jsou dále porovnávány se získanými poznatky z části teoretické.

Annotation:

This thesis discusses causes of child sexual abuse and its impacts on their current social situation. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the basic concepts related to sexual abuse, family environment, and social work with children and families. The practical part focuses on the analysis of three case studies, whose results are then compared with acquired knowledge from the theoretical part.

Klíčová slova:

Sexuální zneužití, syndrom CSA, rodina, týrané a zanedbávané dítě

Keywords:

Sexual abuse, CSA syndrome, family, abused and neglected child

OBSAH

Seznam zkratk.....	7
Úvod.....	8
1 Rodina.....	9
1.1 Definice.....	9
1.2 Funkce.....	10
1.3 Druhy rodiny.....	11
1.3.1 Nukleární rodina	12
1.3.2 Neúplná rodina.....	13
1.4 Kategorizace rodin z hlediska jejich funkčnosti.....	14
1.4.1 Funkční rodiny s přechodnými problémy.....	14
1.4.2 Rodiny problémové	14
1.4.3 Rodiny dysfunkční.....	18
1.4.4 Rodiny afunkční.....	18
1.5 Poruchy rodiny.....	18
2 Sexuální zneužívání	21
2.1 Definice sexuálního zneužívání.....	21
2.2 Příčiny vzniku sexuálního zneužívání	25
2.3 Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě.....	27
2.3.1 Syndrom CAN	28
2.3.2 Syndrom CSA.....	30
2.3.3 Münchhausenův syndrom by proxy.....	31
2.4 Charakteristiky týrajících a týraných.....	33
2.4.1 Indikátory sexuálního zneužití.....	38
2.5 Sexuální zneužívání v rodině.....	39
2.5.1 Incest.....	39
2.6 Důsledky sexuálního zneužívání	41
2.7 Formy vyrovnávání se se sexuálním zneužíváním	44

3 Sociální práce s rodinami a dětmi, kde se vyskytuje sexuální zneužívání	47
3.1 Specifika sociální práce s rodinou a dětmi	49
3.2 Náhradní rodinná péče	53
4 Kazuistiky	56
4.1 Kazuistika číslo 1	56
4.2 Kazuistika číslo 2	59
4.3 Kazuistika číslo 3	63
5 Shrnutí	65
6 Diskuze	67
7 Závěr	69
Seznam použité literatury	70

SEZNAM ZKRATEK

CAN - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

CSA - syndrom sexuálně zneužívaného dítěte

OSPOD - orgán sociálně právní ochrany dětí

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký vliv má sexuální zneužívání dětí na jejich aktuální sociální situaci a také na prožívání a chování. V teoretické části se zaměřím na faktory, které se objevují v rodinném zázemí zneužívaných dětí a které mívají souvislost se sexuálním zneužíváním. Dále na příčiny sexuálního zneužívání, jeho následky a vznik typických symptomů a syndromů pro zneužívané dítě. V předposlední části se věnuji sociální práci s dítětem, které prožilo sexuální zneužití a také práci s rodinou postiženého dítěte. V poslední části uvádím 3 kazuistiky. Následně shrnuji výsledky kazuistikami získané a srovnávám je s poznatky získanými ze studia odborné literatury a snažím se tak zjistit, jaké faktory měly vliv na vznik sexuálního zneužívání a hlavně jaké dopady mělo sexuální zneužívání na současnou situaci dětí a jejich chování a prožívání, popř. jakou úlohu sehrála v jednotlivých případech sociální intervence odborníků, jenž se případem zabývali.

Téma jsem si vybrala, protože mě problematika sexuálního týrání zaujala během mé praxe v zařízení Klokánek Fond ohrožených dětí. Když jsem měla možnost setkat se s dětmi a adolescenty, které potkala tato životní tragédie, tak mi přišlo na mysl, jak hrozné je, že za jejich neštěstím stojí ve většině případů právě nejbližší okolí těchto dětí. Ohromující byla také míra, do jaké tato tragédie zasahuje celou osobnost člověka a také fakt, že se v případech, které jsem měla možnost vyslechnout nebo si je přečíst, bylo sexuální zneužívání odhaleno až po mnoha letech. Proto jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci, v které budu pojednávat právě o dopadech sexuálního zneužívání na sociální situaci a na život jedince celkově.

1 RODINA

1.1 Definice

Rodina se považuje za základ společnosti. Je rovněž prvním a závazným modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. Nese zodpovědnost za tělesné a psychické zdraví jedince. Aby se dítě mohlo zdravě vyvíjet, je důležité, aby vyrůstalo v harmonickém a láskyplném prostředí. Předurčuje to pak jeho vývoj osobnosti, to jaké bude mít vztahy k ostatním lidem a jaké si vštípí hodnoty a postoje.

K termínu rodina najdeme nepřehledné množství literatury. Každý definici rodiny vnímá odlišně. Záleží na druhu odborníka a jeho specializace. Uvedu zde několik příkladů.

„Rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních a psychologických funkcí. Poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde. Každý jedinec zde má určité role, které se stávají součástí jeho identity.“ (Vágnerová, 2008, s. 589)

„Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní stavební jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukují člověka nejen jako živočicha, zprostředkují mu vrůstání do jeho kultury a společnosti. Rodina krom toho propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.“ (Matoušek, 2003, s. 9)

„Rodina – nejstarší společenská instituce. Plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury. Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupinu nebo společenství žijícího ve vlastním prostoru – domově, uspokojujícího potřeby, poskytujícího péči a základní jistoty dětem.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 189-190)

Definici rodiny můžeme vymezit pomocí vědních disciplín jako je sociologie, psychologie nebo právo a dále rozdělit pomocí dílčích disciplín téže vědy jako je klinická psychologie, pedagogická psychologie apod. V neposlední řadě i různými směry psychologických škol – příkladem může být, behaviorismus, psychoanalýza.

1.2 Funkce

Dle Barkera (2007), rodina obstarává základní životní potřeby, předává socializační zkušenosti, vychovává, zajišťuje dítěti přirozené bezpečí a podporu a v neposlední řadě má funkci reprodukční.

Rodina má celou řadu funkcí. V Evropě do 18. století byla rodina samozřejmým prostředím, které poskytovalo pro své členy, vzdělání, péči a ekonomické zajištění. Člověk, žijící mimo prostředí rodiny, neměl téměř žádnou šanci na přežití. Od 19. století se původní komplex funkcí rodiny zužuje a mnoho z jejích tradičních poslání přebírá stát. (Matoušek, Pazlarová, 2010)

„V současnosti má v západní civilizaci rodina zejména tyto funkce:

- *podporování socializace – vychovávání dětí,*
- *vztahovou podporu dospělých lidí,*
- *ekonomickou podporu všech členů.*

V obou prvních funkcích patrně nebude rodina zastupitelná nikdy.“ (Matoušek, Pazlarová, 2010, s. 14)

Dříve, a v menší míře i v současnosti, pomáhala tyto funkce plnit i širší rodina. Dnes v průmyslových a zejména ve velkoměstských společnostech, širší rodiny a sousedská komunita zastávají méně významnou roli. Nelze říct, že by dnes širší rodina neexistovala, ale právě ve zmíněných oblastech a v oblastech s vysokou migrací je méně častá. (Barker, 2007) S dnešní postindustriální společností však přichází oproti minulosti mnoho změn. Patří sem například emancipace žen, kdy ženy vstupují na trh práce a oprošťují se od tradiční role vychovatelek. Díky antikoncepci, mohou rozhodovat o svém těhotenství a reprodukční funkci. Dnešní rodina je charakteristická změnou sociálních rolí rodičů. Došlo k demokratizaci rodiny, kdy otec ztrácí výsadní mocenské postavení a žena naopak nová práva získává, s tím ale i řadu nových povinností.

Další změnou je ztráta vazby rodičovství – partnerství. Mnoho dětí vyrůstá s jedním rodičem a to pak může vést k horším výsledkům ve škole, k větším zdravotním a psychickým problémům a většímu sklonu k delikvenci – například u chlapců, kteří žijí v domácnosti bez otce. (Matoušek, 2003) *„Život bez partnera během dospělosti se v tzv. rozvinutých zemích stává stále znepokojivějším úkazem. Nejčastěji se o něj přichází jeho smrtí, ale také rozvodem, popř. rozchodem. Ve velkých městech stoupá počet osob, které nevstupují do trvalejšího partnerského či manželského svazku. Osobní svoboda je pro ně vyšší hodnotou než dlouhodobé vztahové vazby.“* (Matoušek, Pazlarová 2010, s.15)

Dnes ve velké míře přebírá kompetence rodiny v mnohých oblastech stát. Nejpozději od doby, kdy dítě nastupuje povinnou školní docházkou. „*V současnosti se považuje rodina za nenahraditelné podpůrné a výchovné prostředí pouze u předškolních dětí.*“ (Matoušek, 2003, s. 9) Nevýhodou je, že stát a jeho instituce se ve srovnání s rodinou, staví k jedinci neosobně a byrokraticky (Matoušek, 2003). Rodina a stát nejsou ovšem jedinými institucemi, které se podílí na péči a výchově dítěte. Řadíme sem také školu, různá zájmová sdružení, vrstevnické skupiny, přátele apod.

„Rodina je těžko postradatelnou institucí i pro dospělého člověka. Mít stálého partnera a mít děti jsou přední hodnoty lidského života. O ně dospělý člověk opírá pocit vlastní hodnoty, pocit smysluplnosti své existence, na nichž závisí jeho psychická pohoda i zdraví. Děti a partner dospělému zrcadlí jeho chování. Dospělý se svými dětmi prožívá vlastní dětství a může se vyhnout chybám, které na něm spáchali jeho vlastní rodiče.“ (Matoušek, 2003, s. 10)

1.3 Druhy rodiny

Podle Matouška a Pazlarové (2010) dostává dnes tradiční pojem rodina velmi nejasný a široký význam. Existují totiž různé typy rodinného soužití. Jsou to různé kombinace biologického příbuzenství a legalizovaných/ nelegalizovaných vztahů mezi dospělými. Rovněž sňatek nemusí garantovat trvalost soužití. Stále častějšími se například stávají jedinci žijící sami tzv. singles, přechodnou formou jsou tzv. LATs (living apart together). Nežijí se svými partnery ve stejné domácnosti, ale spojují se jen někdy a pro něco.

„Současná rodina se definuje několika pojmy, které nám přiblíží její rysy, je to rodina:

- *nukleární, neboli jádrová*
- *manželská*
- *dvougenerační*
- *intimně vztahová, nebo též rodina centrální vztahové zóny*
- *privátní individualizace“*

(Helus, 2007, s. 137)

Výše uvedené pojmy jsou společně provázané a poukazují stejným směrem.

1.3.1 Nukleární rodina

Nukleární rodina se skládá z úzkého okruhu lidí, kteří tvoří její jádro a sdílejí spolu intimní soužití, které je jejich nitrem. Jádro tvoří manželský nebo partnerský pár. Manželská rodina pečuje o svoje děti, nebo o děti partnerů z jejich předchozích manželství. To nám dává dohromady rodinu dvougenerační, tedy skládající se z generace rodičů a generace dětí. Těmito třemi znaky se současná rodina odlišuje od rodiny, kterou označujeme za tzv. vícegenerační. Vícegenerační rodina byla samozřejmostí v prostředí Evropy do 19. století, kdy průmyslová revoluce nahradila tradiční řemeslnické živnosti, provozované na rodinné bázi a způsobila migraci obyvatelstva z venkova do měst. Tím omezila vícegenerační rodinu na její nukleární základ. Další charakteristikou nukleární rodiny, je rodina intimně vztahová. Dříve se sňatky uzavíraly mnohdy z rozumu a prostřednictvím rodičů, kdy manželství nebylo uzavřeno na libovolném rozhodnutí partnerů. Mnohdy bylo manželství dojednáno ještě v dětském věku a budoucí partneři se poprvé setkali až při zasnubách. Láska tedy nebyla na prvním místě. Sňatky se uzavíraly například z důvodu rozšíření majetku či kvůli zlepšení sociálního statutu. Dnes je tedy současná nukleární rodina nesrovnatelně více než ta tradiční spojena láskou, vzájemným vcítěním a citovou oporou. Posledním znakem je pojem privátní individualizace. Lidé se oprostili z tradice předávaných zvyků a různých závazků, ať majetkových či profesních předurčeností. Lidé mají větší možnost volby a svobodného rozhodování. Nese to s sebou ovšem míru zodpovědnosti za svoje chování. (Helus, 2007)

Toto jsou znaky individualizace, vývoje jedince jako svébytné osobnosti. K těmto znakům se vážou i rizika. Individualizace vždy neznamená rozvoj osobnosti v pozitivním slova smyslu, ale může znamenat sobeckost a bezohlednost. Proto simultánně s trendem individualizace vzniká společenský dozor ve formě utváření zákonů. Je to například zákon povinné péče o děti. (dle Singly 1999) dále zákon o sociálně právní ochraně dětí, či zákon o rodině.

Když se zamyslíme nad uvedenými funkcemi rodiny, nabízí se otázka, zda je vůbec možné a skutečné všechny splnit. Jedná se spíše o ideál než o realitu. Běžně během výchovy nastávají chvíle, kdy rodina řeší nějaký problém. Některým rodinám se problém vyřešit podaří, některým však nikoliv a bohužel to nezůstává bez vlivu na rozvoj osobnosti dítěte.

1.3.2 Neúplná rodina

Opakem nukleární, úplné rodiny je rodina neúplná. Příčiny rozpadu rodiny jsou různé. V některých případech se na rozpadu rodiny podílejí sami partneři, v jiných případech neúplná rodina vznikne bez samotného přičinění partnerů. Mezi příčiny vedoucí k rozpadu rodiny a následně vzniku neúplné rodiny patří smrt jednoho z partnerů a rozvod. Na základě rozvodu partnerů vzniká neúplných rodin bezesporu nejvíce.

Pohnutek k rozvodu existuje mnoho. Partneři si mohou přestat rozumět, nebo dojde k závažnějším problémům jako je například výskyt patologie v rodině. Patří sem závislost jednoho z partnerů na omamných látkách, násilí v rodině či nástup do výkonu trestu. Děti, které vyrůstají v neúplných rodinách je stále větší počet. Rozvod má své charakteristiky, může být totiž považován jako nástroj sanačního opatření, který má zamezit těžkým konfliktům a nesouladu v rodině a následně nabídnout nové perspektivy. Ne vždy se však pozitivní změny objeví a naopak dochází k další frustraci, stresu a konfliktům i v době po rozvodu. (Dytrych, Matějček, 1994) *„Můžeme ovšem uvažovat, jak dalece se liší neúplná rodina, kde například otec fyzicky není přítomen v důsledku úmrtí, rozvodu, emigrace apod., od úplné rodiny, kde otec neplní svou funkci a je „nepřítomen“ nebo jen zkomoleně přítomen psychologicky, například v důsledku alkoholismu.“* (Matějček, 1989, s.29) Rodinným rozvratem bezesporu trpí i děti. Neexistuje věk dítěte, ve kterém by dítě rozchodem rodičů netrpělo, závisí pouze na tom, za jakých podmínek jeden z rodičů rodinu opustil, jak dlouhá je absence jednoho z rodičů a v jaké vývojové fázi a věku se dítě nachází, když k rozvratu došlo. (Dytrych, Matějček, 1994) *„Jde pouze o to, že reakce dítěte v určitých obdobích vývoje jeho osobnosti je různá podle věku a také podle pohlaví.“* (Dytrych, Matějček, 1994, s. 134) Velký vliv na další psychosociální vývoj dítěte má to, zda se dítě se svým původním biologickým rodičem vídá, či je absence jednoho z rodičů nahrazena jiným partnerem, či funkci vychovatele zastává jiný člen rodiny. Například jeden z prarodičů. Přesto, je dítě vystavováno zvláštnímu druhu zátěže, jejíž důsledky se dříve nebo později objeví. Začnou se zpravidla objevovat ve vzorcích chování dítěte až v období puberty, nebo na začátku dospělosti. Dítě se díky procesu rozvodu permanentně nachází v konfliktní situaci. Je frustrováno opakovaným soudním řízením o určení styku rodiče s dítětem, nebo tím, když se má samo rozhodnout, nebo vyjádřit se kterým z rodičů by chtělo žít. Může se tak stát prostředníkem, přes kterého si rodiče vyřizují účty. Stresové situace, kterým je dítě v průběhu rozvodu rodičů vystaveno, mohou vést k poruchám vývoje osobnosti dítěte. Mohou vznikat různé psychopatologické obrazy, například zvláště u chlapců, antisociální chování. (Dytrych, Matějček, 1994)

Mezi důvody rozpadu rodiny též patří násilí v rodině. Může jím být postižen jakýkoli člen rodiny, zpravidla se však jedná o nejslabšího člena. V pozici oběti se tak nejčastěji nachází žena nebo děti. Situace nepříznivě působí i na osoby, které jsou přímými svědky násilí. Dítě tak ztrácí pocit jistoty a bezpečí a díky tomu tak nejsou patřičně saturovány jeho potřeby. U těchto dětí se mohou objevit poruchy chování, neschopnost řešit konflikty, zvýšená úzkost, agresivní chování a neschopnost kontrolovat své chování. To vše v důsledku absence vyhovujícího sociálního vzoru. Zpravidla u těchto dětí dochází k transgeneračnímu přenosu vzorců chování do dospělosti. Tímto se celá situace opakuje poté, co si týrané dítě založí v dospělosti svojí rodinu. Domácí násilí může mít mnoho podob. Jedná se o týrání fyzické a psychické, kdy dochází k zastrašování, ponižování a vydírání. Radíme sem i sexuální zneužívání či sociální izolaci. Pachatel tak brání své oběti stýkat se se svým okolím z důvodu vlastního krytí. (Gjuričová, 2000)

1.4 Kategorizace rodin z hlediska jejich funkčnosti

Rozdělení rodin dle funkčnosti (Helus, 2007):

1.4.1 Funkční rodiny s přechodnými problémy

Přesto, že jsou problémy náročné, nezpůsobují trauma, naopak zocelují členy rodiny pro jejich budoucí život. Jedná se o problémy vyplývající z finanční tísně, ze strádání díky špatným bytovým podmínkám, z krizí v manželských vztazích a problémy vyplývající z období dospívání dítěte. Krizové období si ale rodina plně uvědomuje a snaží se konflikty konstruktivně řešit. Stále je na prvním místě blaho rodiny.

1.4.2 Rodiny problémové

Rodiny čelí problémům, které se snaží vyřešit, ale často vyhledávají pomoc, která je ale účinná pouze dočasně. Častým následkem je rozchod rodičů, kteří se snaží posléze uspořádat záležitosti, tak aby děti trpěly minimálně.

Nezralá rodina

Tento jev je typický pro velmi mladé rodiče, kteří rodičovství neplánovali. Nejsou dostatečně zralí a zkušení na to, aby se o dítě dokázali náležitě postarat. Svoji nově nabytou roli jsou zaskočení. Nezralost může mít více aspektů, například v oblasti životních hodnot a životního stylu, mají neujasněné životní plány, nerealistický přístup k povinnostem, které často odkládají. To vnáší do péče o potomka nestabilitu, improvizaci, riziko a to vše se může odrazit v povahových rysech dítěte. Dále nezralost v oblasti

zkušeností, kdy mladí rodiče často zlehčují dosah toho, co by mohlo dítěti ublížit. Se vším se také mohou pojit problémy sociální a ekonomické. Často se o dítě mohou starat rodiče jednoho z partnerů. Někdy manželé nezralost překonají a z chyb se poučí.

„Není dost času na vzájemné vyladění životních rytů, zálib, postojů, očekávání ideálů. Už je tu dítě, které si žádá jejich sympatickou pozornost a bezvýhradnou angažovanost! Žádá si ale také na jedné straně účelnou dělbu práce a na druhé straně účelnou spolupráci, vzájemný soulad rodičů v zacházení s ním, v postojích k němu, v odezvě na jeho projevy atd. To jsou jistě velké nároky a není nijak samozřejmé, že je lidé zvládnou byť by měli jeden druhého třeba velice rádi. Často se pak stává, že narozené dítě je pro jejich vzájemný vztah nikoli spojujícím, ale spíše rušivým živlem.“ (Matějček, Langmeier, 1986)

Přetížená rodina

Přetíženost v rodině může vést k výchovným či výukovým problémům dítěte. Rodiče mají o výchovu dítěte zájem, na první pohled se zdá, že svojí situaci zvládají. Rodiče mají často nadprůměrné vzdělání. Dítě ale v řadě svých potřeb strádá. Chyba je na straně přetíženosti vychovatelů. Přetíženost ale má velmi relativní význam. V některých rodinách dítě z problémů profituje, mobilizuje je k akci a posiluje jejich životní elán. Na druhé straně mají některé rodiny nízkou frustrační toleranci, podléhají pocitu bezmocnosti, jsou vyčerpaní a bezradní. Jsou si vědomi, že jejich dítě trpí. Mezi zdroje přetíženosti patří: přetíženost konflikty, přetíženost rodičů narozením dalšího dítěte, přetíženost starostmi způsobenými nemocí v rodině, přetíženost bytovými a ekonomickými problémy. Přetíženost rodiny bývá ale mnohdy pouze dočasná.

Ambiciózní rodina

Jedná se o rodiny, které zajišťují dítěti na první pohled dobré podmínky pro jeho rozvoj, ale ve skutečnosti jsou rodiče plně pohlcováni potřebami, které se vážou k jejich seberealizaci, uplatnění a vzestupu. A to vše na úkor jejich dětí. Tuto myšlenku sami ale odmítají. Mezi nejdůležitější hodnoty pro ně jsou úspěšnost v práci, budování kariéry, úspěšnost ve studiu, ve sportu a vysoký materiální standart. Jako je rodinný dům, luxusní auto a nadprůměrné finanční příjmy. Rodiče často obdarovávají své děti a argumentují, že se pro ně snaží dělat to nejlepší. Bohužel je toto obdarovávání jednostranné a nevynahrazuje strádání v hlubších sférách. Jako je potřeba lásky, šťastného domova, potřeba jistoty a bezpečí. Děti z těchto rodin bývají neuspokojené a rodiče popírají, že by

jim něco mohlo vůbec chybět. Mají často přebytek v nejednom směru a jejich trvalou neuspokojeností mají touhu získat ještě víc.

Perfekcionista rodina

Rodiče na dítě neustále vyvíjí tlak. Chtějí, aby podávalo vysoké výkony například ve sportu, mělo perfektní výsledky ve škole a aby bylo za každou cenu lepší než ostatní a to bez ohledu na předpoklady dítěte. Je od něj žádáno více, než je schopno zvládnout, dělá něco, k čemu nemá vztah. Dítě tak čelí neustálému tlaku a vyvíjí extrémní úsilí. Má pocit, že musí splnit vše, co od něj očekávají jeho rodiče. Díky tomu dítě získává pocit, že neuspěje a že selže, což vyvolá úzkost. Selhání je vnímáno jako katastrofa. Nastává disharmonie ve vztazích mezi dítětem a rodičem, otřesení sebejistoty, navození demoralizujících výčitek svědomí. Hrozí tak vážné ochromení vývoje včetně hlubokého narušení citového zázemí dítěte.

Autoritářská rodina

V této rodině jsou vztahy k dítěti omezeny na neustále přikazování a zakazování. Dítěti není umožněno za sebe nést zodpovědnost a samostatně se rozhodovat. Dítěti chybí pocit seberealizace a určitá míra osobní autonomie. Důsledky bývají různé. Projevit se mohou:

- *„ve sklonu k apatii, rezignujícímu nezájmu o cokoliv, vzdání se jakékoliv osobní iniciativy*
- *v občasných impulzivních, nekontrolovaných výbuších nahromaděné averze k autoritářským rodinným poměrům – v záchvatech vzteku agresivní nenávisti*
- *v celkovém asociálním (či protisociálním) nasměrování dalšího vývoje jedince, které je důsledkem zobecněného negativizmu vůči každé společenské autoritě, byť byla – střídavě nazíráno- jakkoli rozumná a žádoucí.“*

(Helus, 2007, s. 157)

Pro autoritářské rodiny bývá typický dril a šikanování. Děti slepě a automaticky poslouchají své rodiče, aniž by chápali výchovné praktiky a tím je dítě velmi frustrováno. Evokuje to v něm negativní pocity strachu, nenávisti, vzteku, zoufalství, lítosti, pocit opuštěnosti a nemilovanosti. Velmi častou praktikou je používání trestů, psychických či tělesných. Tyto tresty jsou zjevné, nebo maskované, často ospravedlňovány tím, že dítěti prospívají a že podporují důslednost. Není výjimkou, že dítě si o trest řekne, a nebo za něj poděkuje. Dochází tak k lámání osobnosti *„k masivnímu potlačení touhy rozvíjet osobnost, anebo narůstají – jako protireakce – silné agresivní tendence, vybíjející se v destrukcích*

předmětů, mstě na jiných, slabších dětech, které nemají s trápením autoritářsky utlačovaného jedince nic společného.“ (Helus, 2007, s. 158) Zdrojem autoritářství může být pouze jeden člen rodiny, ze kterého má strach celá rodina. Je zajímavé, že autoritářské metody aplikují z generace na generaci a mnohdy i děti samotné svým mladším sourozencům. Děti v kolektivu jsou buď zakřiknuté anebo jsou nápadné svou záluďnou agresivitou vůči druhým.

Rozmazlující (protekcionistická) rodina

V tomto typu rodiny se rodiče podřizují dítěti, snaží se mu za každou cenu vyhověť a dávat mu za pravdu. Chtějí docílit toho, aby jejich dítě mělo pocit bezpečí a spolehlivou oporu, ovšem na úkor jeho zdravého rozvoje osobnosti. Dítě není zvyklé překonávat samo sebe a přiznat svoji chybu. Rodiče se nezdráhají kdykoliv a kdekoliv zastat svého dítěte, když mají pocit, že se mu křivdí. Opakem může být, že s dítětem soucítí a zaujímají spolutrpiteľský postoj, svět vidí černě a mají pocit, že mu je neustále ubližováno. Je tím tak narušen pozitivní vztah k okolí, k lidem a prostředí, ve kterém žije. I ve škole. Jsou demoralizovány jeho vnitřní, morální zdroje. Objevuje se i případ, kdy se z dítěte stává autorita a rodičovské role jsou vyměněny. Dítě ovládá své rodiče a diktuje jim, co mají a nemají dělat.

Rodina nadměrně liberální a improvizující

Tato rodina je opakem rodiny autoritářské, dítě má přemíru volnosti a svobody. Rodiče argumentují tím, že dítěti důvěřují a ono samo se může rozhodnout, jak naložit se svým životem. Dítě ale tímto přístupem trpí, strádá nedostatkem řádu a pravidel. S přemírou volnosti si dítě neví rady a má to negativní efekt pro jeho rozvoj. Například školní úspěšnost. Obvyklá je reaktivní improvizace, kdy se rodiče pokoušejí o autoritářské převzetí moci, ale po nějakém čase opět jeden z rodičů upadne do výchovné letargie. Děti se vymykají kontrole a upírají svým rodičům právo zasahovat jim do jejich věcí.

Odkládající rodina

Jedná se o rodinu, která se nachází v dlouhodobé krizi. Může jít o rodinu přetíženou, mladší, která nestačí na své rodinné povinnosti či o rodinu ambiciózní. Rodiče své dítě všude možně „odkládají“ a svěřují do péče někoho jiného. Mohou to být například prarodiče, známí nebo různá výchovná zařízení. Dítě získává pocit, že ho nikdo nemá rád a že nikam nepatří. Naruší se mu tak tím základní osa jeho citového zrání. Nenachází své pevné místo mezi druhými, nevytváří s vztah ke svým věcem a k prostředí ve kterém vyrůstá. Hrozí vznik citové deprivace.

„Psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“ (Matějček, Dytrych, 1974, s.196)

Dítě je zmatené ze střídání lidí, kteří o něho pečují a z požadavků, které jsou na něj kladeny. Špatně vyhodnocuje co je a není vhodné.

1.4.3 Rodiny dysfunkční

Dysfunkčním rodinám se situace vymkla kontrole, nejsou schopni adekvátně čelit problémům. Pomoc, kterou jim poskytují vnější instituce, nedokáží často využít a nejsou se vždy schopni řídit jejich radami ba ani nechápou učiněná opatření. Jsou to například rodiny zatížené alkoholismem, psychickými či jinými poruchami a jinými vleklými krizemi. Rozchod způsobí traumatické dlouhodobé následky.

1.4.4 Rodiny afunkční

Rodina neplní vůči dítěti svůj účel a tím ho ohrožuje. Rodinu postihují nejrůznější patologické jevy, které mají za následek nezájem či nenávistný postoj vůči dítěti. V těchto případech zasahují instituce, například soud, který rozhodne o zbavení rodičovských práv a dítě umístí do zařízení náhradní rodinné péče. Tyto případy jsou u nás ojedinělé. (Matějček, 1992)

1.5 Poruchy rodiny

Poruchy rodiny lze charakterizovat a následně řešit až při přísném vymezení charakteru a typu rodiny. Musí se tedy jasně určit předmět a cíl zkoumání. Záleží na druhu rodiny. Zda je úplná, neúplná či doplněná. Podoba a společenský rozsah bude jiný u rodiny, která je bezdětná, právě založená, kde chybí jeden z rodičů, zda se jedná o rodinu, která plní náležitě všechny funkce anebo zda se jedná o rodinu vážně narušenou. Tedy například dysfunkční či afunkční.

Podle Dunovského (1986) rozlišujeme tři základní metodologické přístupy v řešení poruch rodiny:

- 1) Etiopatogenetický, kdy hledáme a definujeme příčinu poruchy, místo jejího vzniku a její následné působení.
- 2) Symptomatický, který hodnotí stupeň a charakter poruchy rodiny a jejího vlivu na členy rodiny.
- 3) Terapeutický, hledá možnosti jak překonat rodinné poruchy.

Poruch rodiny, vztahující se k dítěti, existuje nepřeberné množství a mají nejrozličnější charakter. Pramení z chyb jednotlivců, rodiny a společnosti a jejich vzájemné interakce. Poruchy rodiny se mohou vázat na jednu nebo všechny základní funkce rodiny či jejich kombinaci. Řadíme sem poruchy:

Biologicko – reprodukční funkce

O této poruše mluvíme, když manželé nemohou, nebo nechtějí mít děti a nebo když se narodí dítě poškozené. Pokud rodiče mít děti nemohou, porucha se řeší pomocí medicínských disciplín. V případě kdy rodiče mít děti nechtějí, zkoumáme osobnostní profil dospělého. Porucha, související s postiženým dítětem, tělesně či duševně, se řeší na bázi medicínské, psychologie, patopsychologie, speciální pedagogiky a oblasti sociální péče. Postižené dítě přináší řadu vážných problémů, nejvíce se dotýká socializačně - výchovné funkce.

Ekonomicko – zabezpečovací funkce

Tato porucha rodiny pramení z nezabezpečení rodiny dostatečnými prostředky k životu. Vyskytuje se v případech mentální retardace rodičů, psychické anomálie, alkoholismu či delikvence. Rodina trpí nedostatkem základních potřeb k životu. Neschopnost zabezpečit rodinu z důvodu invalidity, stáří nebo nemoci se řeší pomocí sociálního zabezpečení. Při nedostatečném hmotném zajištění se mohou objevit poruchy až v dalším vývoji dítěte. Jedná se například o kulturní deprivaci.

Emocionální funkce

Tato funkce rodiny je velmi významná a proto při její poruše zasahuje všechny ostatní sféry života rodiny. Porucha emocionality je většinou zdrojem většiny rodinných poruch. Nutná je zde zapojení oborů psychologie a psychiatrie. Porucha emocionality se může dít z důvodu rozvodu rodičů, nezájmu rodičů o dítě, což může vyústit v sociální izolaci až týrání či zneužívání dítěte. Dítě ztrácí pocit jistoty, lásky a bezpečí.

Socializačně – výchovné funkce

Tyto poruchy mají příčiny v tom, že se rodiče o své děti nemohou, nechtějí či nedovedou postarat. Důvody můžeme spatřovat v důsledku přírodních katastrof, nezaměstnanosti, smrti jednoho nebo obou rodičů, dále z důvodů že jsou rodiče příliš mladí a nezralí na výchovu dítěte nebo rodiče nemají o své dítě zájem. Nezáměr rodičů může dosáhnout takové intenzity, že prospěch a vývoj dítěte je vážně ohrožován. V tomto případě zde podpora a pomoc končí a dítě je z takovéto rodiny odebráno.

Pokud je v důsledku poruchy vztah rodičů k dítěti hostilní, může rodiče dovést k týrání, zneužívání a zanedbávání. Toto chování k dítěti je zapříčiněno těžkou psychopatologií rodičů. Z hlediska sociálně – diagnostického mluvíme o syndromu týraného dítěte (Dunovský, 1986). Zvláštní problematiku zde představuje pohlavní zneužívání dítěte. O tom budu mluvit v následujících kapitolách.

2 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

2.1 Definice sexuálního zneužívání

Drastické formy násilí existovaly v různých společnostech takřka od nepaměti. Odkládání nebo zabíjení nežádoucích dětí byla běžná rodičovská praxe. U starověkých kultur se také tímto způsobem regulovala také porodnost. Ve středověku byly nežádoucí děti běžně opouštěny a zanechávány na pospas osudu. Kromě křesťanských a židovských kruhů byla tato praxe zcela běžná a postup odstraňování nemocných či znetvořených dětí byl všemi schvalován. V novověku ve Francii v 17. století byly děti běžně svěřovány kojným, které se o ně staraly několik let a až posléze byly poslány zpět k rodičům. Tyto přístupy však nelze hodnotit dnešními měřítky. Dříve se totiž soudilo, že dítě nemá duši a bylo bráno jako věc. Podobný přístup byl ale zaveden i k ženám a služebnictvu. V řadě kultur a společenství byl otec autoritou, což ho opravňovalo nakládat s rodinou jako se svým majetkem. Patriarchát byl po staletí východiskem rodinného soužití. Tato autorita se časem oslabovala, ovšem soukromí rodiny nebylo dlouho předmětem veřejného zájmu. Takřka do 60. let 20. století se věřilo, že týrání a surové bití bylo ojedinělou záležitostí a to pouze ve zjevně problematických rodinách. V 60. a 70. letech 20. století ale dochází v západní Evropě a USA k proměně společenského klimatu a mění se i tradiční tabu. O násilí v rodinách se začíná mluvit veřejně a rodina přestává být idealizována jako přístav klidu a bezpečí mimo jakoukoliv kritiku. Tabu o násilí v rodinách se začalo pomalu otevírat a docházelo k šokujícím zjištěním, že k násilí dochází ve všech společenských vrstvách, častěji ovšem v rodinách s nižší socioekonomickou úrovní. O násilí se začíná mluvit jako o problému, který je třeba řešit na úrovních mediálních, legislativních ale i na úrovni rodinných vztahů. V mnoha zemích tak došlo ke změnám právního řádu ohledně žen a dětí. (Gjuričová, 2000)

„Problematika získává v současné době naléhavost v souvislosti s rostoucími projevy nesnášenlivosti vůči skupinám obyvatel, zejména nesnášenlivosti etnické. Zdá se, že sílí vědomí, že společenská tolerance vůči násilí v širší společnosti a společenská tolerance vůči násilí v rodinách spolu souvisejí a že je třeba tuto souvislost objevovat.“ (Gjuričová, 2000, s. 14)

Tedy i fenomén sexuálního zneužívání se vyskytoval ve všech dobách a kulturách, proto ho objevit a prokázat nebylo vždy jednoduché. Citlivost a vnímavost k tomuto jevu kolísala. (Dunovský a kol, 1995). Právě mimořádná obtížnost při detekování a prokazování syndromu CSA (syndrom sexuálně zneužívaného dítěte), pokud se nejednalo o zjevný

sexuální útok, způsobila, že se syndrom začal odhalovat relativně velmi pozdě. První studie tohoto fenoménu ukázaly jeho velmi vysoký výskyt a to odborníky vedlo zaměřit se na příčiny, mechanismy, léčbu a terapii. A to v souvislosti se zjištěním o trvalých následcích zneužívaných dětí, posléze dospělých. (Weiss, 2010)

Sexuální zneužívání se vyznačuje tím, že se dospělý jedinec sexuálně uspokojuje nad dítětem nebo ho využívá v oblasti prostituce či pornografie. Mlčenlivost dítěte si dospělý vynucuje psychickým týráním dítěte, vyhrožováním za pomoci trestů a odměn. Dítě je z tohoto chování vyvedeno z míry a o svém utrpení často mlčí. Mnohdy se stává, že reakce jsou horší, než-li čin sám. (Dunovský a kol., 1995)

V anglosaské literatuře pojem sexuálního zneužívání dětí Child Sexual Abuse (CSA) spadá pod syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN). Fenomén sexuálního zneužívání však prošel v České republice odlišným vývojem než v USA a západní Evropě. V USA od 60. let 20. století docházelo nejprve k sexuálnímu zneužívání, posléze k fyzickému a duševnímu týrání a končilo kategorií zanedbávání dítěte. U nás jsme se od zanedbávání přes citovou deprivaci dostali k fyzickému a sexuálnímu zneužívání dětí. (Dunovský, 1993)

Zajímavý vývoj CSA popisují Olafson, Corwin a Summit (Olafson in Dunovský a kol., 1995). Od 70. let se vědělo o trvalých a nepříjemných následcích sexuálního zneužívání. Přesto se stále v popředí ukazovaly studie z let 50. (Kinsey in Dunovský a kol., 1995) Kinsey byl toho názoru, že sexuální aktivity mezi dospělými a dětmi jsou biologicky normální a v pořádku (Rush in Dunovský a kol., 1980). Henderson (in Dunovský a kol., 1995) zase ve své studii odhaluje více než 1 milion obětí incestu ve Velké Británii. Yates (in Dunovský a kol., 1995) zase deklaruje že, *„nenásilný incest dcera-otec může vyprodukovat kompetentní a výrazně erotickou reakci u mladých žen. Dětství je tou nejlepší dobou pro učení.“*

V 80. letech vznikly studie pojednávající o následcích posttraumatického šoku a disociativního chování. Dále sem byly zařazeny symptomy jako nízká sebeúcta, poruchy spánku, strach, deprese, delikvence, sexuální dysfunkce a zneužívání jiných. (Dunovský a kol., 1995)

„Zatím nejširší definicí je definice Rady Evropy z roku 1992 (Strasbourg, 1992), která považuje sexuální zneužití dítěte za nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo se s dítětem dostal do nějakého styku.“

Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, oborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.“ (Dunovský a kol., 1995, s. 50)

Sexuální zneužívání je tedy nejzávažnější formou syndromu CAN, jak do počtu případů, tak i do hloubky následků, s nimiž se dítě potýká. Riziko sexuálního zneužití je umocněno skutečností, že týrající osoba je dítěti mnohdy dobře známá či příbuzná. Nebezpečí tak přichází i z vlastní rodiny, což je pro dítě méně předvídatelné, matoucí a brání vlastnímu odhalení. Zneužití může být provedeno i bezkontaktní formou. Studie o počtu sexuálně zneužívaných dětí, prováděných v České republice a zahraničí, hovoří až o každé 4. dívce a každém 6. chlapci, kteří během svého dětství zažili alespoň jednu ataku sexuálního násilí. PhDr. Petr Weiss (2000) hovoří o až o 8,7% dívek a 4,6% chlapců. Musíme ale brát v potaz i nenahlášené případy nejzávažnějších forem sexuálního zneužití, kdy oběť čin nenahlásila. (Dušková a kol., 2004)

„Počet odhalených případů sexuálního zneužívání představuje jen nepatrné procento skutečného počtu sexuálně zneužívaných dětí, což znovu poukazuje na to, že prevence je stále nedostatečně rozvinutá a jen část dětí najde odvahu se sexuálním zneužitím svěřit.“ (Dušková a kol., 2004, s. 39)

Jinou definici sexuálního zneužívání uvádí Weiss: *„ Za sexuální zneužívání je považován pohlavní kontakt mezi dospělou osobou a nedospělým jedincem, přičemž se zákonem určená hranice přípustnosti pohlavního styku pohybuje v různých zemích obvykle mezi 13. – 18. rokem věku. Pojem zneužití přitom může označovat jak různé formy koitálního styku (vaginální, anální, interfemorální), tak i aktivní a pasivní orogenitální aktivity, masturbaci či osahávání jiných částí těla oběti, to vše za účelem dosažení sexuálního vzrušení a eventuálně uspokojení pachatele.“*

Za zneužívání se tedy kromě překročení zákonem stanovené věkové hranice považují sexuální aktivity, kterých se dopouští starší, vyspělejší a vyzrálejší osoba než je jeho oběť. Pachatel však nemusí být nutně starší, může pouze využívat neznalosti či strachu své oběti. (Hadj-Moussová a kol., 1997) Může se stát, že dítě v některých případech se zneužíváním souhlasí, aktivity pachatele mu mohou být příjemné, ale i tato událost je vnímána jako zneužití a nese za ní odpovědnost vždy dospělý. Toto zneužití nesnižuje ani fakt, zda se dítě podvolilo zdánlivě „dobrovolně“ či zda dokonce podněcovalo situaci zneužití. (Dušková a kol., 2004) Doylová říká, že i dítě, které akceptuje sexuální aktivity pro tabulku čokolády je stejně zneužito jako to, které bylo přinuceno nožem v ruce. (Doyle, 1994) Incest se rovněž považuje za trestný. (Dušková a kol., 2004)

Přestože dochází k větší informovanosti široké laické i odborné veřejnosti, stále musíme čelit mýtům, které vedou k mylným přesvědčením o problematice. Uvedené poznatky a závěry platí nejen pro sexuální zneužívání dětí ale i pro všechny formy syndromu CAN.

Viz tabulka:

mylné přesvědčení	realita
týrání a zneužívání dětí je jev, který se v naší společnosti téměř nevyskytuje; sexuálním zneužíváním jsou ohrožené jen dívky	výzkumy ukazují, že alespoň jednu ataku sexuálního zneužití zažila v průběhu dětství zhruba každá 4. dívka a zhruba každý 6. chlapec!
sexuální zneužívání se týká v podstatě jen dívek prepubertálních a především pubertálních	věk dítěte typický pro zahájení sexuálního zneužívání spadá do období rozhraní mateřské školky a nástupu do školy základní, tedy 5-6 let
zneuživatel a trýznitel dětí bývá osoba cizí a navíc člověk se zřejmým duševním onemocněním či nějak nápadný v chování	vysoce převažuje intrafamiliární zneužívání a týrání dětí vlastními rodiči - jedná se najednou i o lidi navenek kultivované, vzdělané, zastávající prestižní místa a profese
má-li dítě nějaké trápení či obavy, ihned se svěří rodičům či někomu jinému	Mnohé děti zážitek sexuálního zneužití či týrání tají, a to i po dobu mnoha let!
má-li dítě trápení či obavy, je to na něm na první pohled zřejmé, a tudíž to neunikne pozornosti dospělých	k odhalení týrání a zneužívání dochází častěji až po jeho dlouhodobém rozvoji, prvotní projevy dítěte tedy unikají pozornosti nebo jsou chybně interpretované („dítě zlobí“)
dětství je vždy radostné a bezstarostné období	stále ještě vysoké procento dětí žije v nevyhovujícím prostředí a v podmínkách ohrožujících život i zdraví dítěte
je jedno, jak se s malým dítětem zachází, protože tomu „stejně nerozumí“	dítě reaguje emocionálně podobně jako dospělý člověk, i když do určitého stupně vývoje méně diferencovaně. Emoční odpověď nastává bez ohledu na porozumění

2.2 Příčiny vzniku sexuálního zneužívání

Jednou z příčin sexuálního zneužívání dětí může být duševní porucha pachatele, která není tak častá, jak běžně předpokládá laická veřejnost. Další příčinou může být pedofilie. (Hadj-Moussová a kol., 1997)

„Pedofilie je parafilie (sexuální deviace), u které jde o erotické zaměření na objekty v prepubertálním věku (tedy na chlapce a dívky bez znaků dospívání). Nejčastější je zde zaměření na děti ve věku pěti až dvanácti let. Pedofilové jsou lidé, kteří preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků (chybění pubického ochlupení a prsů dívek, u homosexuálních pedofilů například nepřítomnost ejakulace, ochlupení), tak i jeho dětské chování. Název pochází z řeckého pais (hoch, dítě) a philós (milovník). Pedofil je tedy milovník dětí.“ (Weiss, 2005, s.14)

Dle psychodynamických teorií (Storr in Weiss, 2005) je původem pedofilie prolomení tabu sexuální nedotknutelnosti dítěte, u pedofilního muže vysvětlitelné faktem, že tváří v tvář nezralému sexuálnímu objektu je lépe schopen prožít maskulinní a dominantní roli než v akci s dospělou partnerkou. Sexuálně nezkušené děti mohou také projevovat větší obdiv k dospělému, než jaký je schopen vyvolat u zralé ženy. Je důležité podotknout, že ne každý pachatel sexuálního zneužití je pedofil. Pedofilní a nepedofilní pachatelé mají rozdílnou motivaci k tomuto jednání. Dle Freunda (in Weiss, 2005) jsou pedofilové primárně motivováni svou sexuální preferencí dětí jako objektů, zatímco nepedofilní delikventi mohou mít sex s dětmi například proto, že není dostupný dospělý sexuální partner. Rozlišujeme tak tři kategorie:

- Výlučná fixace, kdy je jedinec orientován přímo a výlučně na dítě.
- Nevýlučná fixace, kdy je jedinec primárně orientován na dítě, ale navazuje vztahy i s dospělými.
- Náhradní řešení, kdy je dospělý primárně orientován na dospělé a vztah s dítětem navazuje pouze v případě nouze, stresu. Navázání intimního vztahu s dítětem může být zapříčiněno dlouhodobou absencí navázání vztahu s dospělým. (Hadj-Moussová a kol., 1997) Dle Finkelhora (1986) je mezi primárně orientovanými dospělými na dítě mezi 25-30 %.

Dle Salterové (1988) ale musí určitá sexuální přitažlivost k dítěti existovat, protože by se jinak v kritické situaci neprojevila.

Dle Weisse (2005) neskýtají pedofilové pro tělesné zdraví či život příliš velké nebezpečí. Avšak může být narušen psychosexuální vývoj a mohou se objevit komplikace při vytváření interpersonálních a později partnerských vztahů. Zneužití nemívá závažnější charakter, pokud spočívá na nekoitálních formách, tedy v kontextu her a škádlení. Nejzávažnější formou zneužití je orální kontakt s genitálem objektu, či vyžadování orálního uspokojení. Problém může být v posuzování kontaktního chování pedofila vůči nezletilému, kdy například pohlazení po hýždích přes šaty lze u mnoha lidí považovat za nijak sexuálně motivované chování. A u pedofilů se tento čin bude vnímat pravděpodobně jako sexuálně motivovaný. V tomto případě bude čin sporný, a zda li se prokáže jako sexuálně motivovaný, nabízí se otázka do jaké míry byl tento čin pro dítě nebezpečný.

Zmínila bych i termín pederastie, což je pedofilní homosexuální orientace. Mnohdy vzniká mezi lidmi neopodstatněná obava, že homosexuálové jsou primárně sexuálně zaměřeni na děti, výzkumy tento názor vyloučily.

Další možná příčina sexuálního zneužívání dětí může být mentální handicap, psychopatie, antisociální chování pachatele (Barbaree a Seto, 1997) či rekapitulace vlastní zkušenosti zneužití, kdy se oběti stanou pachateli sexuálního zneužívání pravděpodobně díky mechanismu identifikace s agresorem (Watkins, Bentovim, 1992) Dle Browna se pachatelé dopouštějí zneužití dítěte, které je ve věku shodným s jejich věkem v době, kdy k sexuálnímu zneužití došlo.

K příčinám sexuálního zneužívání Hadj-Moussová (1997) uvádí model multifaktoriální podmíněnosti dle Beckera, kde se jeho teorie opírají o individuální, rodinné a sociální proměnné, které je nutné brát v úvahu u každého pachatele s akcentem na jejich vzájemné ovlivnění. Upozorňuje také, že sexuální zneužívání dětí souvisí i se sociálním prostředím, kde morální hodnoty společnosti toto chování akceptují. Mezi zmíněné proměnné patří:

- *„Individuální proměnné:*

Sociální izolace

Obtížně kontrolovatelná impulzivita

Poruchy chování

Snížené kognitivní schopnosti

Tělesné nebo sexuální zneužití v dětství

- *Rodinné proměnné:*

Násilné chování mezi rodiči (tělesné či sexuální)

Hodnoty rodiny, schvalující násilné sexuální chování

Rodiče s nedostatečnými sociálními dovednostmi a bez empatie

- *Sociální proměnné:*

Společnost, schvalující násilné sexuální chování

Společnost schvalující sexualizaci dítěte

Antisociální vrstevnická skupina“ (Hadj-Moussová, 1997, s.28)

2.3 Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě

Postavení dítěte ve společnosti a koncepci jeho práv určují sociokulturní podmínky a atmosféra doby. V minulosti se dítě běžně využívalo jako levná pracovní síla a mnohé nepřekvapovaly kruté tresty ve školách. Dnešní století nám přineslo změnu v postoji k dítěti a jeho výchově. Více se zajímáme o jeho svět, potřeby, nezbytnosti ke zdravému vývoji, ale také o jeho traumata. Mezi traumatické události života dítěte řadíme týrání, zneužívání a zanedbávání ze strany jeho rodičů či vychovatelů. Mnohdy se toto chování snaží rodiče či samotné děti během vyšetřování zamaskovat či popřít. (Kocourková, Podoby násilí v rodině, 2000) V polovině 20. století se díky atypickým nálezům zranění dětí identifikoval „syndrom bitého dítěte“ později se ukázalo, že „vedle fyzického týrání může být dítě poškozováno i psychickým týráním, sexuálním zneužíváním, zanedbáváním péče či citovou deprivací. Toto vedlo k přijetí širšího nového termínu „syndrom týraného a zanedbávaného dítěte“, pro který užíváme zkratku CAN.“ (Gjuričová a kol., 2000, s.16)

„Zanedbávání, zneužívání a týrání dětí je nenáhodným dějem, který je ze společenského hlediska nepřijatelný a jehož řešení je multidisciplinární. Jedná se o složitý sociální fenomén, jehož prevence, zjištění a zmírňování následků vyžaduje úzkou spolupráci mnoha expertů z různých oborů.“ (Hort a kol. 2000, s.383) Psychiatrie se zabývá primární prevencí, díky níž lze vytypovat rizikové osoby a faktory. Hort (2000) uvádí, že z ankety o používání tělesných trestů, odpovědělo 60 - 70% rodičů kladně, tedy použití tělesných trestů jako výchovné metody. Bylo běžné, že si na dětech dospělí často vybijeli své sexuálně - agresivní pudy, což oproti minulosti, kdy se děti vychovávaly použitím fyzických trestů není překvapující a použití této praxe přetrvává u velké části populace dodnes. Zajímavou informací je, že až 70-80% trestajících jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé. Informovaní a erudovaní. Jsou zastánci názoru, že metodou fyzického trestání dítěte mu pomohou ke zvýšení frustrační tolerance , která jim zajistí zvládat

aktivity a požadavky běžného života. Opak je ale pravdou. „*Opakované fyzické tresty (často kruté nebo pro malicherné příčiny) nevedou k pozitivnímu zvyšování frustrační tolerance, ale k odchýlnému vývoji osobnosti. Tento odchýlný vývoj struktury osobnosti se manifestuje oslabením zábran, nedostatečným vývojem vyšších (morálně-etických) altruistických citů. V praxi to znamená nedostatek vůle, impulzivitu, agresivitu, hédonistické sledování cílů (včetně alkoholu, sexu, drog) bez schopnosti navázat pozitivní mezilidské vztahy, bez projevu soucítění, vzájemnosti a lásky. Nejsou přítomny pocity viny nebo odpovědnosti. Dítě, později mladistvý, se nenaučí zvládnout svou agresivitu, někdy sexualitu, a ty se stávají dominantou jeho psychické reality.*“ (Hort, 2000, s.384)

2.3.1 Syndrom CAN

Považovala jsem jako důležité uvést syndrom CAN v mé bakalářské práci. Je sice pravda, že nepojednává přímo o sexuálním zneužívání dítěte, ale i přesto ho tento syndrom velmi často provází a může být jedním z vodítek vedoucích k jeho odhalení.

„*Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) představuje soubor nenáhodných, vědomých či nevědomých aktivit či neaktivit (nezabránění) rodiče či jiné osoby vůči dítěti, které jsou v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a které vedou k poškození psychického či tělesného zdraví dítěte (ojediněle k jeho usmrcení) či narušují jeho optimální vývoj nebo společenský stav. V zásadě jde buď o nedostatečné uspokojování základních potřeb dítěte – potřeb biologických, emočních, dostatku podnětů, nebo uplatňování násilí na dítěti – násilí psychického, fyzického, sexuálního.*“ (Dušková, 2004, s. 16)

Zanedbávané dítě je vystaveno pasivní formě citového psychického a fyzického týrání. Jedná se například o nedostatečný dohled, nepřiměřený kontakt, zanedbávání výživy, hygieny a vystavování nebezpečným či stresovým situacím (Hort, 2000). Problematika syndromu CAN je většinou spojována s rodinou, ve které dítě vyrůstá. Překvapivě se jedná o nejbližší členy rodiny. Tzv. rodinu primární. Díky této skutečnosti je trauma pro dítě zesíleno. Mnoho dětí je týráno již od raného věku, kdy jsou odkázané na péči rodičů a jsou na nich citově závislé. Jejich pocit bezpečí a jistoty je natolik oslaben, že se bojí přijít i o svou dysfunkční rodinu. (Dušková, 2004). Jakákoliv forma týrání a zneužívání dítěte je předně prototypem buď psychického stresu, nebo nepřiměřené zátěže pachatele (Matějček, Dytrych, 1994). Rodiče neberou ohled na potřeby a vývoj dítěte a namísto toho upřednostňují svoje zájmy a zneužívají dítě jako prostředek k jejich uskutečnění. Tím popírají základní rodičovskou roli. (Dušková, 2004)

Syndrom CAN zahrnuje:

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Sexuální zneužívání
- Rozvodové spory o dítě
- Ohrožující prostředí
- Zanedbávání
- Systémové týrání, sekundární viktimizaci
- Münchausenův syndrom by proxy

Dítě může být zasažené jen jedním typem tohoto neadekvátního zacházení, ale ve většině případech se jedná o kombinaci více z nich, čímž se závažnost traumatu prohlubuje. Často se jedná až o mnohaleté trýznění. Dochází tak k závažnému narušení psychického vývoje osobnosti, interpersonálních vztahů a sebehodnocení dítěte. (Dušková, 2004) Specifickou kategorií představuje pojem „sekundární viktimizace“, kdy je dítě nadbytečně a vynuceně vyšetřováno a vede to tak k druhotnému poškození dítěte. Sekundární viktimizace může být velmi necitlivá a zraňující. Jedná se například o umístění dítěte do dětského domova, zdlouhavým a opakovaným vyšetřováním expertů, prosazováním pravdy v případech sexuálního zneužívání (Hort, 2000) nebo „systémové týrání“, kdy je dítě týráno institucí, která byla zřízena primárně proto, aby dítě chránila – škola, OPD (Dušková, 2014). „*Jde o nerespektování základních potřeb dítěte ve specifické traumatické situaci, jde vlastně o selhání dospělých, často odborníků pod pláštěm ochrany a práva.*“ (Hort, 2014, s.385)

Ne jen dospělí ale i děti se v současné době dočkaly ochrany svých práv a to v dokumentu „Úmluva o právech dítěte“, který přijala OSN v New Yorku dne 20. 11. 1989 (Dušková,2004) V České republice byla pozornost věnována tomuto fenoménu od let sedmdesátých, ve větší míře až v posledních letech. V roce 1990 byla například zavedena evidence CAN v rámci výkazů o dispenzární péči. (Matějček, Dytrych, 1994)

Dle Matějčka a Dytrycha (1994) je v případě syndromu CAN velmi důležitá primární prevence, která by měla zabránit, aby se dítěti vůbec ubližovalo. Rozlišujeme tyto vrstvy:

Široká osvěta veřejnosti a obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi

Je tím myšleno cílené působení na veřejnost, která by měla vytvořit pro dítě vhodné podmínky pro jeho vývoj. Dalším cílem je povznesení hodnoty dítěte a dobře fungující rodina. Důležitou roli tu hrají sdělovací prostředky, média, televize, instituce zaobírající se rodinou (církev) a škola. Zejména zkvalitnění odborné přípravy pedagogů 1. stupně může

představovat včasnější detekci ohrožených dětí. Učitelé jsou s dětmi v pravidelném kontaktu a mohou sledovat nápadné projevy dětí. Mohou také otevírat diskuzi nad fenomény, jaké syndrom CAN představuje. „*Optimální z hlediska potřeb dětí je, pokud škola představuje místo přípravy pro život nejen z hlediska získávání informací teoretických, ale i těch praktických, nutných pro běžný život.*“ (Dušková, 2004, s. 38.) Radíme sem ovšem i zákony, vyhlášky a směrnice, jež se otázkou rodiny zabývají.

Specifická informovanost a osvěta nynějších i budoucích primárních vychovatelů dítěte

Patří sem osvěta rodičů v postojích k dítěti, jeho potřebám, poučení o výživě, adekvátní péči a o výchově. Žádoucí je i upozornění k odpovědnosti za dítě, či povznesení otcovské role v rodině. Důležitá je i prevence nechtěného těhotenství, propagace antikoncepce, nové praktiky vedení po porodu, tzv. rooming – in. (soužití matek po porodu v jednom pokoji). „*Prevenčí na této úrovni je tedy všechno, co zabraňuje vzniku podmínek pro další úroveň, tj. vzniku rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž k syndromu CAN častěji dochází.*“ (Dytrych, Matějček, 1994, s.16) V praxi to tedy znamená předcházet nechtěnému těhotenství, rodinným konfliktům, alkoholismu, toxikomanii ale také psychické deprivaci a subdeprivaci dětí.

2.3.2 Syndrom CSA

Syndrom sexuálního zneužívání dítěte (CSA, Child Sexual Abuse syndrom) se objevuje na konci 20. století. Tak jako se vyvíjelo pojetí sexuálního zneužívání dítěte, vyvíjely se postupně i definice tohoto fenoménu. První široká definice je z roku 1976 podle Schechtera a Roberge. „*Sexuální zneužití je zapojení závislého, vývojově nezralého dítěte nebo adolescenta do sexuálních aktivit, které jím nejsou plně pochopeny a přijímány a narušují jeho sociální tabu v rodinných rolích.*“ (Vaníčková, Provazník, Hadj-Moussová, 1997)

Za stěžejní je považována definice zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992, která říká (Hadj- Moussová a kol., 1999): „*Sexuální zneužití je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoli pohlavní dotýkání, styk nebo vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kýmkoli, kdo dítě zneužívá. Takovou osobou může být rodič, příbuzný, přítel, odborný či dobrovolný pracovník či cizí osoba.*“

Michelle Elliotová uvádí: „*Jakékoli sexuální využívání dítěte mladšího šestnácti let pro sexuální uspokojení dospělého nebo značně starší osoby. Může jít o obscénní telefonáty, neslušné předvádění se a voyérství, jako sledování dítěte při svlékání,*

ohmatávání, zhotovování pornografických fotografií nebo pokusy o soulož, znásilnění, incest nebo dětskou prostituci. Může se jednat o jednotlivou událost nebo aktivity, které trvají léta.“ (Hadj-Moussová, 1997, s.12)

O sexuální zneužívání mluvíme tehdy, když identifikujeme tyto tři podmínky. Aktér:

- „Je mnohem starší a zralejší než dítě;
- je v pozici autority nebo v pečovatelském vztahu k dítěti;
- vymáhá aktivity silou nebo podvodem (např. dítě nutí, aby se pachatele dotýkalo, eventuálně provádělo masturbaci).“ (Hort, 2000, s.386)

Sexuální zneužívání pokrývá široký rámec od verbálních sexuálních návrhů, komentářů, obscénností, sledování pornofilmů a zneužití dítěte pro pornografický průmysl, přes nekontaktní chování k přímému sexuálnímu kontaktu. „*Kontaktní sexuální chování zahrnuje:*

- *nepenetrativní aktivity – dotýkání se, mazlení, dráždění na prsou a na genitálu předměty, rukou, genitálem (jak přes oblečení, tak na nahé těle);*
- *penetrativní aktivity – proniknutí pohlavním údem, prsty nebo předměty do genitálu. Rozlišuje se 1. orálně – genitální sexuální akt; 2. análně – genitální sexuální akt; 3. genitálně – genitální sexuální akt.*“ (Hort, 2000, s.386)

Sexuální zneužívání se také může kombinovat s jinými prvky zneužívání. Jde o praktiky kolem urince, defekace nebo podávání alkoholu a drog. Patří sem i prostituce, kde je zastoupení chlapců a dívek totožné. V ostatních formách sexuálního zneužívání převažují mezi oběťmi dívky a mezi viníky muži. Jedná se o děti a adolescenty ve věku 8-9 až 16 let.

Dále můžeme sexuální zneužívání dělit podle závažnosti činu vůči dítěti. Dělí se na: 1. mírně závažný čin – expozice; 2. závažný čin – různé nekoitální způsoby uspokojení; 3. velmi závažný čin – koitus. (Hort, 2000)

2.3.3 Münchhausenův syndrom by proxy

Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení) je specifickým případem fyzického týrání dětí. Patří do skupiny předstíraných poruch, kdy nejčastěji matka předstírá nebo uměle navozuje svému dítěti zdravotní obtíže a následně vyhledá zdravotní pomoc. Působí jako starostlivá a pečující matka, a proto je velmi těžké syndrom identifikovat. Ve skutečnosti své dítě poškozují proto, aby skrze potíže dítěte získala zájem a pozornost

lékaře. *“Porucha představuje poměrně široké spektrum, od pouhého předstírání potíží dítěte s rizikem obsáhlých invazivních vyšetření až po nebezpečné vytváření symptomů dítěte, které může mít letální následky.”* (Hort, 2000, s.401) Porucha se však může rozvinout i na základě reálně proběhlé nemoci dítěte s následným předstíráním nebo umělým navozováním potíží. Tato patologie bývá nejčastěji identifikována na pediatrických odděleních ale pro přesnou diagnostiku je zapotřebí vyšetření od pedopsychiatra či psychologa. Velmi neobvyklou a vzácnou variantou tohoto syndromu může být i předstírání sexuálního zneužití dítěte.

Münchhausenův syndrom by proxy popsal Meadow v roce 1977 jako formu zneužívání dětí. *„Uvádí se, že v současnosti je tato patologie mateřského chování stejně šokující jako byla před dvaceti lety možnost sexuálního zneužívání.”* (Gjuričová, 2000, s. 21)

Matky jsou vnímány jako pečující, starostlivé, vytváří si těsné vztahy s lékaři a mnohdy mají velmi blízko ke zdravotnické profesi. Matka má s personálem z počátku vřelý vztah, ze strany lékařů velmi podporující a vstřícný. Je velmi silně emocionálně zabarvený. Při odhalení syndromu bývá reakce personálu nepřátelská a při konfrontaci matka často dramatizuje, bývá depresivní a se suicidálními sklony. Mimo předstírání neexistujících symptomů často uvádí mylné informace o své osobě. Může lhát o stupni dosaženého vzdělání či společenského postavení. Matkám však primárně nejde o vlastní obohacení, například o ekonomický zisk. (Kocourková, 2000)

„V anamnéze těchto matek byly objeveny tyto charakteristiky:

- *fyzické týrání nebo zneužívání v dětství ;*
- *poruchy chování v dětství nebo adolescenci, sebepoškozování, suicidální pokusy ;*
- *poruchy příjmu potravy v adolescenci nebo mladé dospělosti ;*
- *somatizační poruchy ;*
- *příznaky Münchhausenova syndromu (předstírání vlastních zdravotních potíží);*
- *inklinace ke zdravotnickým profesím.”* (Hort, 2000, s.402)

Chování matky je podmíněno její zkušeností se zneužíváním v dětství, dále patologický vztah s jejím dítětem, který bývá velmi silný a zdá se, že matka není schopna dítě vnímat jako samostatnou osobnost. Její chování dále může nevědomě posilovat lékařský personál, který podléhá nátlaku matky na přemrštěné vyšetřování dítěte. Otec je

většinou mimo hru, protože nemá vytvořenou pevnou vazbu s dítětem. Nemá zájem o průběh vyšetřování a návštěvy v nemocnici.

Terapie je v případě tohoto patologického chování velmi obtížná, obdobně jako u jiných forem zneužívání dětí. Matka se vyhýbá konfrontaci a reaguje na detekci syndromu velmi nepřiměřeně až dramaticky. Počátky terapie nejsou jednoduché, jsou ztíženy rozporuplnými názory na danou situaci zdravotního personálu, který je často k matce velmi těsně přimknut. O účinnosti terapie také rozhoduje intenzita a doba trvání zneužívání, osobnostní a psychopatologická charakteristika matky, jak reaguje na konfrontaci, zda situaci přijme nebo ji zcela popře a její následná ochota spolupracovat na léčbě. Terapie je cílena na aktuální krizi a okamžitému zamezení zneužívání. Pro dítě je velmi ohrožující, když matka přesvědčuje okolí o své nevině a chce dokázat, že dítě je opravdu nemocné. Další fází psychoterapie je intervence na místech, kde dítě na předstírání potíží samo spolupracovalo.

2.4 Charakteristiky týrajících a týraných

„Rizikovými faktory týrání, zneužívání a zanedbávání dětí jsou často okolnosti zahrnující určitou patologii na straně rodičů, vulnerabilitu dítěte a krizovou situaci, v níž se rodina nachází.“ (Gjuričová, 2000, s.21) Díky těmto faktorům dochází s větší pravděpodobností k týrání a ubližování dítěte než v jiných situacích. Tyto tři činitele se mohou i vzájemně propojovat. Nyní se budu těmto kategoriím věnovat v následujících odstavcích.

Rizikové dospělí

Psychopatologií rodičů se rozumí duševní porucha, která má ovšem jen velmi malé zastoupení ve zneužívání dětí. V mnohem větší míře je důvodem týrání osobnostní patologie s rysy nezralosti, egocentrismu, narcismu či nedostatečné sebekontroly. Děti jsou často zneužívány proto, že jejich rodiče byli sami v době svého dětství týráni. (Gjuričová, 2000) Tím jací jsou, vnášejí riziko už sami o sobě do situací, v nichž působí a dělají z nich situace rizikové. Tyto situace nejsou rizikové jen pro okolí, ale i pro samotné rizikové osoby. Existují tací, kteří se dostávají z jednoho maléru do druhého a zdá se, jakoby je riziko provázelo jako vlastní stín. Mezi rizikové dospělé řadíme: lidé s duševní poruchou, nevyspělí, zaostalí nebo postižení. Žijí ale mezi námi i psychotici, kteří by nikomu za žádných okolností neublížili. Mohou být velmi přátelští a příjemní. Jsou to například neurotici či mentálně retardovaní. Pozor ale na formy psychopatie, které jsou pro okolí ohrožující. Tito rizikové dospělí jsou alkoholici a lidé užívající drogy. Jsou jimi i rodiče, kteří jsou na výchovu dítěte příliš mladí a povahově nezralí. Dalším rizikovým faktorem je

neschopnost předávat lásku svým dětem. Jsou to lidé, kteří sami vyrostli v rizikovém prostředí a nebyla jim dána láska a péče od svých vlastních rodičů. Jsou postiženi psychickou deprivací v dětství a často vyrostou v osobnosti ochuzené v citové oblasti, často s disociálními rysy. Nemají kapacitu lásku přijímat ani dávat. Jejich děti pak uplatňují stejný model nepředávání lásky z generace na generaci. Je také prokázáno, že týrání a zneužívání dětí je fenomén transgenerační. Znamená to, že dospělí se kterými bylo zacházeno krutě, se pak sami dopouštějí násilí na svých dětech mnohem častěji, než ti kteří trestání nebyli. (Matějček, 2015)

Jsou to ale i dospělí, kteří nemají žádné psychické onemocnění a jsou plně trestně odpovědní. Nejsou to psychopatici, normálně uznávají svoje svědomí a morální kodex, je u nich pouze nedostatečně strukturována určitá oblast sociální přijatelnosti agresivního chování. Duševně nemocní, nebo lidé mající sexuální poruchu tvoří okolo jednoho procenta. (Hort, 2000)

„Tělesné týrání dítěte bývá ventilem psychického napětí rodiče trpícího například depresí, úzkostnou poruchou apod. Zanedbávání hrozí více u svobodných matek bez dostatečného zázemí, u dospělých trpících duševní nemocí, zejména depresí, schizofrenií, laktační psychózou, u dospělých s organickým postižením mozku či závislých na návykových látkách. Někdy jsou tyto rodiče popisováni jako dětinští. Matky zanedbávající děti mívají děti s různými partnery.“ (Matoušek, Pazlarová, 2010, s.139)

Typy matek, které mají sklon k zanedbávání dětí podle Polanskyho. (Polansky, 1992)

Apatické matky

Polansky uvádí, že tento syndrom nijak nesouvisí s chudobou, protože ve většině chudých rodin ke zneužívání nedochází. Extrémní apatie mu u některých matek připomíná chování schizofreniků. Matky jsou pasivní, uzavřené, nevyjadřují emoce. Mají pocit zbytečnosti, nic jim v životě nedává smysl a jejich emocionální znečitlivění připomíná hlubokou depresi. Jsou schopné navazovat pouze mělké vztahy. Trpí osamělostí, pocity úzkosti a strachu, který není nijak opodstatněný. Mají strach z odpovědnosti nad plněním každodenních úkolů. Hněv vyjadřují pasivně a mají ke všemu velmi negativní postoj. Ženy s tímto syndromem mají snížený intelekt a velké mezery ve schopnosti vychovávat děti. Mají omezenou slovní zásobu a tím i znemožněn smysluplný dialog a omezenou schopnost řešit problémy. Nezvládají se vypořádat se změnami. V mnoha případech zažily citovou deprivaci v dětství.

Impulzivní matky

Tyto matky jsou opakem matek apatických. Jsou neklidné, netrpělivé a vzpurné. Vyznačujícím faktorem je u nich velmi nízká odolnost vůči stresu a frustraci. Prahnu po vzrušení, rebelanství a mají sklon k manipulaci s lidmi. Proto musí být při spolupráci sociální pracovník silnou energickou osobou, která se nenechá ovládat. Jedině až poté má spolupráce nějaký smysl a výsledky. Problém je ve zvládnání vnitřních impulzů. Nejsou schopny poskytovat dětem jednotnou zpětnou vazbu. Výchova dětí je nestabilní, neúměrná a často rozporuplná.

Mentálně retardované matky

Vzhledem ke svému postižení nejsou schopny adekvátně pečovat a vychovávat své potomky. Díky svému nízkému intelektu mají obtíže zvládnout základní úkony ve psaní, čtení a počítání. Špatně se orientují v čase, nejsou schopny se řídit dle kalendáře a mají špatnou znalost v hodnotě peněz a nezvládají správu nad svými financemi. Jejich myšlení je konkrétní a při zvládnání těžších úkolů jsou stresovány. Dobře fungují ve známém prostředí, v cizím potřebují asistenci. Nedokážou správně odhadnout důsledky svých činů a závažnost situace. Děti jsou pak náchylné k zhoršení svého zdravotního stavu. Matky zanedbávají pravidelnou stravu a hygienu. Pokud mají dostupnou asistenci, existuje naděje že svou mateřskou povinnost uspokojivě zvládnou. Díky svému handicapu jsou tyto matky samy snadným terčem zneužívání.

Depresivní matky

Tyto matky trpí depresemi, které způsobují náhlé změny v jejich chování a to následně způsobuje zhoršenou péči o děti. Může tak docházet v krátkém časovém intervalu. Nejedná se o běžný smutek, který je způsoben například přirozeným vyrovnáváním s různými životními situacemi, ale většinou se objeví bez závažnějšího důvodu. Nejsou schopny fungovat v běžném životě a zvládat na ně kladené požadavky. Často nereagují na své okolí a ztrácí postupně sociální kontakty. Mohou se u nich objevit různé zdravotní problémy i suicidální tendence. Ženy se v hluboké akutní depresi nejsou schopné starat o své děti a to u nich může způsobit zvýšenou hyperaktivitu. Starší děti mohou upadnout do deprese. Důležitá je v takových případech stabilizace matky pomocí léků a zdravotního personálu.

Psychotické matky

Zanedbávají výchovu a péči o děti z důvodu vážného duševního onemocnění. Nepočítáme sem depresi. Často nevnímají realitu, trpí halucinacemi či bludy, probíhá u nich denní snění. Často se jim může měnit nálada do různých protipólů, mají zmatenou řeč,

nesouvislý tok myšlenek, který doprovází různé grimasy, bizarní chování, samovolné záškuby končetin či výkřiky do prázdna. Ve finále se vyhýbají sociálním pracovníkům, extrémně se stydí komunikovat s okolím. Psychotické matky tedy znamenají pro své děti velké ohrožení, neboť díky změněnému stavu vědomí a sníženému kontaktu s realitou mohou dětem ublížit. V takovém případě je pro děti vhodné zajistit bezpečné prostředí.

Finkelhor (1986) říká, že ve většině případech dochází k sexuálnímu zneužívání ze strany mužů, otců či jiných rodinných příbuzných. Tito muži bývají charakterizováni jako abnormální osobnosti s nižším intelektem, sexuálně frustrovaní a závislí na drogách či alkoholu. Jsou sociálně hůře adaptovaní. Někdy se ale jedná o muže, kteří mají vysoký sociální status a jsou v životě úspěšní.

Ženy, matky, které sexuálně zneužívají svoje syny, nejsou naopak charakterizovány jako abnormální. Jsou většinou rozvedené, citově neuspokojené. (Matoušek, 2003)

Obecně k tomu můžeme připojit vysoká očekávání, týkající se chování dítěte ze strany rodičů, nízkou frustrační toleranci dospělého a mladistvý věk rodičů. Také jejich sociální izolovanost, nezaměstnanost a konfliktní vztahy v rodině. (Dunovský a kol., 1995)

Rizikové děti

„Vzhledem k množství případů sexuálního zneužívání dětí by se mohlo zdát, že se může přihodit kterémukoli dítěti. Přesto existují určité charakteristiky dítěte, které zvyšují riziko sexuálního zneužití, případně některé rizikové faktory v sociálním prostředí dítěte.“ (Hadj-Moussová, 1997, s.17)

Rizikem, zvyšujícím pravděpodobnost sexuálního zneužití jsou určité osobnostní charakteristiky dítěte. (Hadj-Moussová, 1997) Tyto jejich zvláštnosti mohou být podmíněny organicky, psychicky, společensky či výchovně. *„Jejich společným rysem, je to, že na straně vychovatele svým způsobem provokují nevhodné, nepřiměřené zvláštní jednání. Nejčastěji je tomu tak, že chování dítěte nezapadá do představy, kterou daný dospělý o dítěti má. Nezapadá do rozsahu jeho očekávání ani do obsahu jeho tolerance. Následkem toho dochází u takového dospělého ke zklamání, nejistotě, rozpakům, úzkosti.“* (Matějček, 2015, s. 27) Nejčastějším obranným mechanismem vůči úzkosti je agrese mířená proti dítěti. (Matějček, 2015) Jsou to tedy děti, které svým chováním dospělého unavují, dráždí a v případě sexuálního zneužívání i provokují či svádějí.

- *Děti s tzv. lehkými mozkovými dysfunkcemi (LMD), neklidné, nesoustředěné, dráždivé, s výkyvy nálad, impulzivní, se sklonem ke zkratkovitému jednání,*

- *děti z jiných příčin nadměrně dráždivé, zlostné, trucovité, ale i plačtivé nebo úzkostné (často v důsledku somatického onemocnění, chornicky špatného zdravotního stavu, podvýživy, vyčerpání organickou nebo psychickou zátěží),*
- *děti s různým stupněm mentální retardace, které přinášejí svým rodičům zklamání v jejich životních nadějích a tím vyvolávají někdy i agresivní postoje nebo dávají podnět k omezení jejich rodičovského zájmu a rodičovské péče s následným zanedbáváním,*
- *děti s lehce sníženými intelektovými schopnostmi, chronicky ve škole neprospívající, děti s tzv. specifickými poruchami učení, děti neobratné, úzkostné, či jakkoliv jinak nezapadající do běžné normy a rodičovského očekávání.“ (Matějček, Dytrych, 1994, s.17-18)*

Mezi další rizikové faktory na straně dětí zvyšující pravděpodobnost nevhodného zacházení ze strany rodiče dle Matouška a Pazlarové (2010) jsou:

- nechtěné těhotenství
- některá z forem nejisté vazby na rodiče
- přerušení kontaktu s rodičem na delší dobu
- nepoučenost dítěte o možnosti pohlavního zneužití
- nízké sebehodnocení, závislost na okolí

Zvýšená pravděpodobnost sexuálního zneužití je také u dětí s nízkým sebehodnocením a u dětí, které si nejsou jisté sami sebou. Jsou závislé na svém prostředí a na lidech okolo sebe. Spoléhají na důvěryhodnost svého okolí a mohou tak být snadným terčem zneužití dospělého. V naší kultuře je však přirozené podřídít se autoritě dospělého. Při nedostatečné informovanosti a nedostatečnosti sexuální výchovy se tak snadno může stát obětí. U nás však výuka sexuální výchovy byla dlouhá léta zanedbávána a i dnes vzbuzuje rozpaky. Naopak například ve skandinávských zemích je tomuto tématu věnována systematická pozornost a edukace a je dokázáno, že se snižuje sexuální napadení dětí a dalších jiných nepříznivých faktorů, jako je nechtěné těhotenství nezletilých či předčasné zahájení sexuálního života. (Hadj-Moussová, 1997)

- Rizikové prostředí

Výskyt sexuálního zneužívání je ovlivněn i charakteristikami rodinného života. Dítě vyrůstající v citově chladném, odmítaném prostředí, kde je citově deprivováno a snáze podléhá manipulaci dospělého. Dysharmonická rodina neposkytuje dítěti bezpečné a láskyplné prostředí, neposkytuje dítěti důvěru a možnost, aby se dítě mohlo svěřit se svým

trápením. Jsou však i případy, kdy se dítě svěří a je nařčeno z toho, že ono samo rozbíjí rodinu. V dysharmonické rodině nepanuje ani dostatečný dohled, tak se dítě může lehce stát obětí mimo rodinu. Další rizikový faktor je rozpad původní rodiny, kdy dítě vyrůstá s jedním z rodičů, nejčastěji s matkou, která si posléze najde jiného partnera. Ohrožené jsou v tomto případě více dívky. (Hadj-Mousová, 1997) Například, když je holčička výrazných feminních tvarů a feminního chování v denním styku s mužem, který má jen minimální sexuální zábrany. Rizikovou může být i náhradní rodinná péče, kdy se vychovatelé stávají cizí lidé. Další je rozvod, či riziková situace, která je způsobená ztrátou v rodině. Máme na mysli úmrtí některého člena z rodiny. (Matějček, 2015)

Řadu stresových situací vyvolá například hmotná nouze, chudoba rodiny a s tím spojená sociální nejistota. Velmi přitěžující je také psychická či fyzická nemoc v rodině.

2.4.1 Indikátory sexuálního zneužití

Rozpoznat sexuální zneužívání dítěte je velmi těžké. Neexistují totiž jasně dané indikátory, markery či specifické symptomy, které by jasně prokázaly, že je dítě zneužíváno. Dítě sužuje strach, stud a je svázáno velkým tajemstvím. Tyto pocity jsou neidentifikovatelné, pokud se dítě samo nepřizná. K odhalení většinou dochází, když se dítě ptá takovým způsobem, který neodpovídá vývojově znalostem jeho sexuálních zkušeností. V jiných případech odhalí dospělý tajemství díky změně v chování dítěte k dospělému. U starších dětí může dojít ke spontánnímu odhalení při vyplňování dotazníků u pediatra či psychiatra, kam je dítě odesláno pro psychosomatické potíže nebo poruchy chování. U předškolních dětí vzniká podezření například při hře s anatomickými panenkami, kdy se děti podezřele více zajímají o penis a pokoušejí se znázornit sexuální akt. Dále se u těchto dětí může objevit tzv. sexualizované chování. Veřejná masturbace, zájem o intimní partie či nevhodné hry se sexuálním podtextem. U dětí starších můžeme pozorovat erotické, svádivé chování a vyzývavé oblékání. (Hort, 2000)

„Stejně uvolnění a "rozpovídání" jako u anatomických panenek pozorujeme u dítěte zvláště nad kresbou rodiny. Dovíme se mnohé o citovém a vztahovém klimatu rodiny, ukáže se nám, jak široce či úzce dítě chápe rodinu, a může nám poodhalit některé konflikty v rodině. Zajímavé je, že sexuálně zneužití děti velmi často kreslí lidskou postavu nahou se sekundárními pohlavními znaky. Pokud u dítěte nepozorujeme v chování prvky sexuálního chování, neznamená to, že by dítě nebylo sexuálně zneužito.“ (Dunovský a kol, 1995, s. 59)

Symptomy vedoucí k podezření ze sexuálního zneužívání:

- „Sexualizované chování neodpovídající věku.
- Strach ve vztahu k určitým objektům, místům, zvukům.

- *Výrazná, věkově neodpovídající separační anxieta.*
- *Náhlé (často i velice rychlé) objevení se psychosomatických poruch.*
- *Náhlý vznik nočních bésů.*
- *Sexuálněagresivní chování (např. k mladším sourozencům, vrstevníkům)*

U adolescentů se může objevit promiskuitní chování. Asi 40% dětí však nemá žádný ze všech výše jmenovaných symptomů.“ (Hort, 2000, s.389)

2.5 Sexuální zneužívání v rodině

Další sexuální zneužívání se dělí na intrafamiliární a extrafamiliární. Tedy na zneužívání v primární rodině, kam řadíme také incest a na zneužívání mimo rodinu. Řadíme sem osobu známou a méně známou, která se o dítě stará. Učitel, soused, jiný příbuzný, rodinný přítel. Velké rozčarování a polemiku na veřejnosti způsobí osoba, která je obecně uznávaná a pokládána za důvěryhodnou. Může to být, učitel, kněz, trenér. (Hort, 2000)

Sexuální zneužívání v rodině dle Bentovina ze vzorku 99 dětí.

- *„38% nevlastní otec*
- *16% vlastní otec*
- *15% bratr*
- *10% ostatní příbuzní*
- *5% matka*
- *U 50% sexuální zneužívání trvalo 3-5 let.“ (Hort,2000, s.387)*

Specifickým jevem pro sexuální zneužívání v rodině je délka a opakování těchto aktivit. Je to také fenomén transgenerační, kdy týraní týrají. Zhruba v 50% se jedná o dívky a z celkového počtu zneužití je asi 20% v rodině.

Ženy jako pachatelky sexuálního zneužívání se vyskytují velice řídce. Jedná se buď o opuštěnou izolovanou matku, samoživitelku nebo matku s mladším partnerem, která nutí svou dceru do sexuálních aktivit s cílem udržet si svého partnera. (Hort, 2000)

2.5.1 Incest

„Incest, zejména sexuální vztah rodiče s vlastním potomkem, je jedna z nejobecnějších tabu ve všech kultrách světa. Tento význam prolomení klíčového kulturního tabu lidského soužití vysvětluje, proč má incest tak ničivé následky nejen pro dítě, ale pro „všechny členy rodiny. Pokud je pachatelem incestu rodič dítěte, jde vždy o

tragické zneužití jedinečného vztahu. Jde vlastně o zradu samozřejmé důvěry dítěte, zneužití zodpovědnosti a moci autority, kterou obsahuje vztah dítěte a jeho rodiče. V incestním vztahu je totiž morální zodpovědnost vždy na straně rodiče bez ohledu na to, jak se dítě chová.“ (Gjuričová, 2000, s.67)

Incest je tedy jedna z forem sexuálního zneužívání dítěte v rodině. Incest je sexuální zneužívání vlastních dětí a není považován v pravém slova smyslu za sexuální deviaci. Diagnóza pedofilie je v tomto případě výjimečná. Většinou tento akt není projevem sexuální patologie ale poruchy osobnosti nebo patologie jiných vztahů. Jedná se většinou o muže. Praví pedofilové většinou vlastní děti nezneužívají, z toho důvodu není pedofilie automatickým faktorem nesvěření dětí do péče pedofilního otce. (Wiess, 2005)

Lidé se obecně vyhýbají uzavírání sňatků mezi sourozenci a jejich geneticky blízkému okolí a to z toho důvodu, že výsledkem je vysoké procento narozených dětí s genetickou vadou. Například i úmrtnost dětí narozených z incestního vztahu je dvakrát větší než z nepříbuzenského svazku. Díky biologické metodě „Westermarckův efekt“ nedochází k incestnímu vztahu. „*Základem tohoto mechanismu je získaná averze nebo nezájem týkající se představy sexuálních aktivit s partnerem, s nímž byl jedinec v intenzivním kontaktu v době raného dětství, zvláště do věku třiceti měsíců.*“ (Quinsey & Lalumière in Weiss, 1995, s.16) Z této této teorie plyne:

- „*Zdaleka nejméně obvyklým druhem incestu je incest typu matka-syn, jelikož je blokován intenzivními pouty vytvořenými během synova kojeneckého období.*“ (Wilson in Weiss, 2005, s.17)
- „*Incestu typu otec-dcera se dopouštějí především ti otcové, kteří se ve srovnání s otci, kteří se podobného chování nedopouštějí, méně účastní péče o dceru v jejím raném věku i její výchovy a socializace.*“ (Parker in Weiss, 2005, s.17)

Charakteristiky rodin s problémem incestu:

- „*Generační hranice jsou setřené.*
- *Rodičovská dyáda je dysfunkční a pracuje jako fragment.*
- *Rodičovský sexuální vztah je zhoršen – i když často zdánlivě funguje normálně. Deteriorace je ve sféře emoční.*
- *Normální tabu nefunguje.*
- *Afektivní prožívání je utlumeno.*
- *Popření je nejdůležitější tajemství.*

- *Rodinné role jsou patologicky přeznačkovány a jsou zanečťně rigidní.*
- *Rodina je izolována.*
- *V rodině panuje stav dusna.*
- *Interpersonální vztahy se pohybují v extrémech – buď naprostá separace, nebo nepřiměřeně těsné vazby.*
- *Členové rodiny mají problémy v kategorii společenství.*
- *Sourozenecké vztahy jsou patologicky narušené.*“ (Hort, 2000, s. 389)

Gjuričová (2000) říká, že ve všech kategoriích osob, které se dostanou do psychoterapeutické péče je vysoké procento případů sexuálního zneužívání. U osob, které zažily incest, se ale nezdá, že by byli poznamenáni známkami závažnější psychopatologie. Nelze tedy tvrdit, že ti, kteří zažili incestní zkušenost, budou mít v dospělosti výraznější problémy.

2.6 Důsledky sexuálního zneužívání

Sexuální zneužití dítěte vyvolává celou řadu negativních následků. Ve vývoji se mohou projevovat různým způsobem. Zasahují emocionální a osobnostní stránku dítěte. Mohou být zasaženy i děti, které nebyly sexuálním zneužitím zasaženy přímo fyzicky ale i pokusem o sdělení traumatického zážitku a reakcemi okolí na něj. (Hadj-Moussová, 1997)

Sexuální chování rodiče k dítěti může mít různé podoby a nemusí být nutně spojeno s nátlakem fyzickým. Může jít o zneužívání rodičovského vlivu k citové manipulaci. V případě fyzického zneužívání se rodič často snaží zbavit pocitu viny a obviní ze svádění dítě. Dítě prožívá pocit viny a bezmoci. (Gjuričová, 2000)

Reakce dítěte je podmíněna jeho věkem, v jaké vývojové fázi se nachází a jeho adaptačními a obrannými mechanismy, které ke zvládnutí traumatu používá. Emoční prožitek je spojen s pocitem bezmoci, ztráty opory a důvěry, s pocitem studu a ponížení a úzkostí. Pokud se o traumatu nikdo nedozví, transformuje se pak do specifické osobnostní struktury lidí a emoční zranění se pak promítá do dalšího života, případně vztahů. Problém transgeneračního zneužívání se může projevovat v dospělosti ve vlastní rodičovské roli. Známe i takové rodiče, kteří jako týrané děti se i v dospělosti stávají oběťmi sexuálního zneužívání. (Hort, 2000)

Důsledky sexuálního zneužívání dle Moussové (1997)

- Na traumatickou událost dítě reaguje akutní úzkostí, může se vyhýbat i lidem stejného pohlaví jako byl pachatel. Jsou velmi vystrašené. Dále mohou trpět různými psychosomatickými obtížemi.

- Jako hlavní obranný mechanismus se může objevit identifikace s pachatelem.
- Děti mohou mít změněný vztah k sexualitě díky narušení přirozeného vývoje jeho sexuality. Projevy mohou být v podobě hypersexuality a to jako kompulsivní masturbace či promiskuita, která může vést až k prostituci.
- Dítě se může stát snadnější kořistí sexuálního zneužívání, protože neumí rozeznat vřelé emocionální vztahy od vztahů sexuálních.

Přesným opakem hypersexuality je sexuální inhibice přetrvávající do dospělosti.

Hort (2010) uvádí krátkodobé (iniciální) a dlouhodobé následky sexuálního zneužití.

Iniciální

Tyto následky se objevují u více než 50% dětí. V intrapsychických reakcích se následky projevují anxietou, fobií, obavami, depresivními stavy, pocitem viny, studu, bezmocí a zlostí. Mezi vnější symptomy patří selhávání ve škole, útky z domova, agrese, hostilita, odmítání komunikovat. U dětí do 12 let se symptomy projevují obrovským až panickým strachem ze všeho, co jim připomíná sexuální chování. U dětí po 12. roku se agrese projevuje antisociálním chováním. U dětí mezi 12. – 14. rokem je nejvýraznějším projevem hostilita. U všech věkových kategorií dochází k narušení sebeúcty, což provází ztrátu vlastní hodnoty, čistoty a originality.

K psychosomatickým potížím patří mentální anorexie, bulimie či bolest břicha. Může dojít ke změně sexuálního chování. Pozorujeme tak veřejnou masturbaci a exhibicionismus. Děti mohou trpět nespavostí nebo naopak zvýšenou únavou a nočními děsy. Se sexuálním zneužíváním také souvisí problém delikvence, zvláště u kriminálních adolescentek.

Dlouhodobé následky

Dlouhodobé následky sexuálního zneužívání si člověk nese až do dospělosti. Projevují se depresi, pocity opuštěnosti, izolací a nízkým sebehodnocením. Dochází k poruchám interpersonálních vztahů, lidé tak těžko navazují vztahy, obtížně získávají důvěru a mají sklon se nechat vykořisťovat. Často také střídají sexuální partnery nebo se jim naopak vyhýbají.

„Dlouhodobé následky jsou horší, když:

- *Pachatelem je vlastní otec;*
- *je akt více sexuální;*
- *je při zneužití použito agrese;*

- *se jedná o dítě mladší (do 9 let)*
- *viníkem je adolescent nebo mladší dospělý (do 26 let)*
- *rodiče, zvláště matky, mají po odhalení negativní vztah k dítěti (většinou reagují, zlostí, hostilitou a verbální agresí).“ (Hort, 2000, s.394)*

Dalším následkem může být syndrom přizpůsobení. Mnohé z dětí začaly o svém traumatu mluvit až v dospělosti. Ty, které se pokusily v dětství vyhledat pomoc, byly za to většinou rodiči trestány a předstíraly, že se nic nestalo. Pokud nedošlo ke zveřejnění hned, obvykle neměly šanci. Dítě trpí velkou bezmocí, bojí se, že ztratí někoho, koho má rádo přesto, že mu je ubližováno. Hrozba ztráty je pro dítě děsivější než samotné násilí. K jevu přizpůsobení dochází tehdy, když mu je vyhrožováno rozpadem rodiny. Má pocit, že se musí postarat o blaho ostatních členů, matky či sourozenců a neunes celou zodpovědnost za rozbití rodiny a celou věc popře. K opožděnému nepřesvědčivému odhalení dochází obvykle v adolescentním věku dítěte. To dítě pobouří a začne se chovat tak, že se k němu všichni v rodině otočí zády. Typickou reakcí matky je nevěra a obranné popření. Má pocit, že jako matka selhala. Přijetí jiné alternativy znamená zničení rodiny a její identity. Otec většinou celou aféru popírá a utvrzuje matku tím, že dítě lže. (Hort, 2000)

Dalším důsledkem sexuálního zneužívání je posttraumatický proces. Posttraumatická stresová porucha je definována jako opožděná reakce na prožité trauma či déletrvající nezvládnutý stres. Projevuje se různými psychickými a psychosomatickými potížemi jako jsou deprese, citové otupění, přetrvávající úzkost nebo vtíravé myšlenky neboli flashbecky (Praško, 2015; Motlová a Koukolík, 2006). Podle Finkelhora a Brownové (1986) posttraumatický proces v rámci sexuálního zneužívání tvoří čtyři faktory:

Traumatickou sexualizaci - dítěti se neúměrně ke svému věku a vývoji posunují sexuální postoje. Učí se prostřednictvím sexuálního chování manipulovat s lidmi. Stírá se mu hranice mezi sexem a láskou, nemá jasnou sexuální identitu. V dospělosti pak dochází k promiskuitě, prostituci, sexuální perverzi či naopak sexuální dysfunkci a nezájem k sexuálním aktivitám.

Pocit zrady - objevuje se v případech dětí, které jsou zneužívány blízkou osobou, která se o ně stará. Neumějí posoudit důvěryhodnost druhých. V dospělosti pak manipulují s krutou bezohledností a překrucují morální normy na lidech, na kterých jim záleží.

Bezmoc - projevuje se zvláště u těch, kteří sexuální zneužívání nenahlásili. V dospělosti trpí depresemi, fobiemi, disociativními poruchami a je zde velké riziko transgeneračního přenosu.

Stigmatizace - projevuje se sníženým míněním o sobě samém. Dítě má pocit že se liší od druhých, v dospělosti je typické autoagresivní chování až suicidum.

„Tyto faktory zhoršují u dítěte emoční a kognitivní vývoj, vztah ke světu i k sobě. Například dynamika stigmatizace znamená změnu dětského smýšlení o sobě samém ve smyslu změny své hodnoty a ceny. Dynamika bezmocnosti vede k nevěře kontrolovat svůj život. Pokus dítěte zvládnout trauma vede k poruchám chování.“ (Hort, 2005, s.393)

2.7 Formy vyrovnávání se se sexuálním zneužíváním

Podle Gjuričové (2000) mohou být reakce na způsobené trauma mohou u dítěte různě složité. Nejčastějším jevem je schopnost distancovat či disociovat se od traumatických zážitků. Dítě pak vnímá své tělo jako kdyby nebylo jeho. Tato schopnost bývá spojována se změněným stavem vědomí. Příkladem je: *„Mladá žena, která byla v dětství opakovaně podrobována sexuálnímu zneužívání ze strany nevlastního otce, si dokázala navodit hypnotický stav, při němž právě já bylo bezpečně ukryto ve schránce u srdce a to jí pomáhalo přežít traumatizující chvíle.“* (Gjuričová, 2000, s.68) Disociace má povahu i dlouhodobých následků v rámci posttraumatického stavu. Znamená to, že dojde k oddělení zažitého traumatu od aktuálního vnímání psychologickými mechanismy, kdy dítě vytěsňuje nepříjemnou událost. Může mít však různé příznaky. Nespavost, podrážděnost a někdy se může zdát, že je dítě zcela bez obtíží. Je zdánlivě hodné, ale zažívá náhlá rozpomenutí na traumatickou událost.

K formám vyrovnávání se s traumatem patří spolupráce s psychologem či terapeutem. Je kladen důraz na psychoterapii a socioterapii. Farmakoterapie nám pomáhá zpočátku ke ztlumení úzkosti z traumatického zážitku a může pomoci při tvorbě terapeutického vztahu. Úkolem terapie je zmírnit psychické následky týrání a zneužívání. Trauma bohužel nejde vymazat nikdy. Na terapii není důležitá spolupráce pouze s odborníky ale i s ostatními členy rodiny, a pokud to jde i s viníkem. 80% dětí si přeje zůstat v primární rodině. Toto přání by mělo být respektováno, ale pouze při vytvoření zcela nových podmínek. V psychiatrii existuje celá řada vypracovaných programů jak psychoterapeuticky pracovat s dětmi, dorostem ale i celou rodinou.

Hlavní oblasti a cíle terapeutické práce s traumatizovanými dětmi podle Zieglera (2000):

- rozum a poznání – přetransformovat smýšlení dítěte o traumatickém zážitku do přiměřené a zdravé perspektivy
- city – zpracovat intenzivní reakce dítěte na traumatickou událost a naučit pojmenovat a usměrnit vlastní emoce ovlivněné traumatem
- chování – pomoci najít adekvátní způsob chování na stresové situace s cílem eliminovat nežádoucí způsoby chování

Je důležité zhodnotit, které potřeby dítěte díky týrání a zneužívání nebyly naplněny a reagovat na ně. Ze strany pečovatele je žádoucí porozumět příčinám chování a jednání dítěte, které se jeví jako negativistické a hostilní. Pro dítě jsou díky prožité traumatizující zkušenosti jednoznačné, ale pro vychovatele se jeví jako nesrozumitelné a nelogické. (Matoušek, Pazlarová, 2010)

Specifická je právě psychoterapie se sexuálně zneužívanými dětmi. Rodina většinou situaci sdílí jako velké tajemství a tabu. Proto je to práce velmi obtížná a zdoluhavá. Zpočátku se neusiluje o represí, je kladen důraz na přísnou a pravidelnou kontrolu a pomoc rodině a tím i dítěti. Je nutné zahájit psychiatrické a psychologické vyšetření týrajícího, zahájit jeho terapii a při možném maření pachatele této práce dát popud k zahájení trestního stíhání. To je zpočátku bohužel jediná motivace pachatele. Strach z toho, že když nebude plnit dohody, zahájí se trestní stíhání.

„Práce s dítětem a rodinou je proto možná jen v týmové práci v oblasti zdravotní, sociální, legislativní a policejní. Každé hlášení by mělo jít k orgánu péče o dítě a rodinu, tak policii a tyto resorty by se měly vzájemně informovat, tzn. Dvojí jistění. Vždy by mělo jít nejprve o pomoc a pak o represí.“ (Hort, 2000, s.397)

Jako coping mechanismy, které pomůžou zvládnout akutní stadium stresu jsou různé disociační poruchy, které jsou v tuto chvíli vyvinuté jako uzdravující procesy. Terapie je úspěšná pouze tam, kde jsou odstraněny akutní stresory a dítě se cítí naprosto v bezpečí.

V psychoterapii jsou důležité ne jen vhodně vybrané techniky, ale i základní orientace, empatie, vstřícnost a autentičnost terapeuta.

Pravidla krizové intervence a terapie sexuálně zneužitého dítěte:

1. Musí být zajištěna bezpečnost dítěte, aby se zabránilo případnému opakování sexuálního násilí.
2. Musí být zajištěno nenarušené fungování rodiny, jako základní podmínky pro citovou oporu dítěti.
3. Základem terapie je interdisciplinární pomoc dítěti i celé rodině.

(Hadj-Moussová, 1997, s. 53)

Farmakoterapie se využívá například v terapii posttraumatické stresové poruchy, tedy i sexuálního zneužívání. Užívají se antidepresiva a anxiolytika ovlivňující zpětné vychytávání serotoninu. Serotonin se váže k úzkosti, agresivitě, sexuálnímu chování, náladě, nutkavosti a nespavosti. Farmakoterapie je nejúčinnější při nasazení ihned po traumatu. Totéž platí i pro psychoterapii.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINAMI A DĚTMI, KDE SE VYSKYTUJE SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

V činnosti sociálního pracovníka, který se zabývá sociální problematikou v dětské populaci, stojí v popředí především práce s fyzicky, psychicky a sexuálně zneužívaným dítětem. Jeho zájem se netýká pouze dítěte, ale i rodiny a jiného společenství jako je škola, či zájmový kroužek. Sociální pracovník spolupracuje s dalšími odborníky na danou problematiku ze sféry zdravotní, školní, legislativní a dalších oborů jako jsou neziskové organizace. Aby byla jeho práce efektivní a dosáhl kladného výsledku při odstraňování příčin a důsledků týrání a zneužívání dítěte, je tato komplexní spolupráce nezbytná. Celou věc sociální pracovník koordinuje. Koordinace je důležitá pro fungování týmové spolupráce všech pracovníků podílejících se na řešení problému. (Karabelová, 1997)

Nejpodstatnější a nejdůležitější je přijetí faktu existence syndromu CAN a to jaké má mimořádné postavení v péči o dítě vůbec. Žádoucí a nezbytná je interdisciplinární forma řešení tohoto fenoménu. (Dunovský, 1995) *„Představuje společnou činnost zúčastněných odborníků různých oborů a pracovního zaměření. Jsou si rovni a každý podle potřeby vstupuje do řešení případu svým podílem, opíraje se o cíle, metody a postupy vlastního oboru. Společně pak hledají celkové řešení případu ve všech jeho fázích a na všech úrovních a ze všech aspektů.“* (Dunovský, 1997, s.179) Za práci odpovídá nejzkušenější a nejvíce odpovědný pracovník za dítě nebo vedoucí pracoviště. Odpovídá i za výsledky a rozhodnutí pracovního týmu. Interdisciplinární tým se skládá ze sociálních pracovníků, pediatrů, psychologů, sociologů, speciálních pedagogů, popřípadě dětských psychiatrů a právníků. Podle druhu a formy týrání a zneužívání je zapotřebí i pomoci dětského gynekologa, neurologa. Z nemedicínské sféry pak psychoterapeuta a logopeda. Základem pro řešení syndromu CAN musí být vždy lékař, sociální pracovník a psycholog. Následně se spolupracuje s orgány sociální péče, školou, policií a soudy. Měli by respektovat zásadu „zde a nyní“ a „pod jednou střechou“. Aby bylo interdisciplinární pojetí práce efektivní, je důležité danou problematiku řešit na společných seminářích si konferencích. Zde se hledají způsoby dalšího postupu práce. Konfrontují se zde nálezy a výsledky vyšetření. Z tohoto důvodu by již neměl Orgán péče o rodinu a děti (OSPOD) ve složitých případech rozhodovat sám. Měl by maximálně využívat posudků a doporučení těchto zařízení. Jak v diagnostice, tak v terapii. *„Maximální důraz je vždy třeba klást na co nejvyšší návaznost na rodinu dítěte a ovšem i na děti samé. Od nich, jejich potřeb a požadavků se totiž celá interdisciplinární péče odvíjí, formuluje a provádí a k nim se opět*

vrací.“ (Dunovský, 1997, s. 180) Tento princip propojenosti státních a nestátních organizací by měl být proto posilován a podporován.

K dalšímu teoretickému východisku patří kvalifikovanost péče. Měla by se projevit v chápání tohoto syndromu jako selhání nejbližšího okolí dítěte. Myslíme tím rodinu. Hlavním principem řešení případu by měla být snaha zachovat dítěti jeho původní rodinu, pokud je to ovšem vůbec reálné.

Organizační formy a způsoby řešení syndromu CAN se opírají o případovou a skupinovou sociální práci. Tato práce spočívá v ambulantní praxi, která je propojená s prací v terénu a to za pomoci telefonní horké linky, dopisů, návštěv pracoviště a žádostí rozhodujících orgánů. Dále pak pokračuje směrem do terénu. Patří sem návštěvy a šetření v rodinách a poskytování terapie. Za rodinami se může docházet. Pracuje se také dle potřeby se školou, s dětským lékařem. Žádoucí je i propojení ambulantní péče s péčí ústavní. Méně žádoucí jsou dětské domovy či běžná dětská oddělení. Vhodný je například domov pro matku a dítě, který by měl zajišťovat jak dlouhodobé, tak i krátkodobé terapeutické či azylové pobyty.

Neméně důležitá je i připravenost, pohotovost, rychlost a pružnost poskytovat péči potřebným dětem. Tento úkol dobře pomáhají řešit zmíněné důvěrné telefonní linky, jež jsou schopny dítěti zprostředkovat radu a pomoc v kritických situacích, a to nonstop 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Nejde pouze o to umět naslouchat, ale také posoudit věrohodnost a závažnost informací a umět poskytnout nejen naléhavou pomoc, ale i pomoc komplexní a ucelenou. Základní předpoklad úspěchu je informovanost o těchto možnostech nejširší veřejnosti, především dětí. Aby znala příslušná telefonní čísla a náležitě jich využívala.

Je také důležité brát v potaz, že celkové pojetí práce s týranými a zneužívanými dětmi se v první řadě opírá o dobrovolnost, se kterou se na příslušná pracoviště klienti obracejí. Z tohoto důvodu se také příslušná pracoviště brání jakékoli represí a kriminalizaci daného problému. Je s tím spojena i otázka při nahlásování problému jako trestního činu. Problém by měl být chápán z hlediska sociálního nikoli jako zločin, jenž je hoden potrestání. Jeví se tu problém nejistoty, zda se skutečně stalo to, co má být nahlášeno. Jako další se jeví problém sekundární viktimizace při neodborném vyšetřování. Vyšetřování syndromu CAN je založeno na naprosté důvěře a diskrétnosti. To jak k oběti, jeho rodině či okolí a člověku, který případ nahlásil. Samozřejmě při vážném ohrožení dítěte je povinnost nahlášení a spolupráce s činnými orgány z hlediska daného práva respektovat a nahlásit. *„Při všem uvažování, počínání a hlavně řešení případů týrání, zneužívání a*

zanedbávání dítěte je nutno vycházet ze základního východiska daného ostatně i Úmluvou o právech dítěte: nejlepší zájem a prospěch dítěte především. Jde především o to, aby byla vybrána z mnoha možností ta pravá, která zájem dítěte nejlépe ochrání, a aby byla prosazena.“ (Dunovský, Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, 1997, s. 182)

3.1 Specifika sociální práce s rodinou a dětmi

K orientaci v celé problematice slouží důkladná a komplexní anamnéza, která je objektivně ověřená z posouzení dosavadního vývoje dítěte. Anamnéza slouží jako základní materiál k dalšímu postupu práce i s dalšími odborníky. K řádnému vytvoření anamnézy se po sociálním pracovníkovi vyžaduje příslušná kvalifikace, zkušenost a umění jednat s lidmi. Anamnéza musí pokrýt zdravotní, sociální, perinatální a perinatální oblast vývoje dítěte. Slouží také jako podklad pro sociální diagnózu. Má za úkol zhodnotit současnou situaci dítěte na tělesné, duševní a společenské úrovni. Sociální diagnóza zaznamenává sociální situaci dítěte a jeho vztahy k okolí. Hodnotí strukturu rodiny, její stabilitu a osobnost rodičů a také to, zda mají rodiče o dítě zájem. Dále se zajímá o prostředí, ve kterém dítě žije a sleduje tím vliv na jeho další vývoj a vznik poruch. Úkolem sociální diagnózy je i začlenění dítěte do společenského života. Stává se podkladem pro sociální terapii. Jsou to zásahy a opatření z hlediska medicíny, psychologie, pedagogiky, práva, ekonomiky a dalších.

Nezbytnou součástí práce sociálního pracovníka je práce v terénu, která je důležitá při orientaci v počátcích vyšetřování. Objektivizace údajů při tvorbě anamnézy může posunout problém rodiny do jiné dimenze a tak i při následné terapii. Jeho rady mohou být daleko lépe přijímány v přirozeném prostředí rodiny, než v pracovně mimo ní. Může si tak i snáze vytvořit důvěru.

Další činnost sociálního pracovníka je i koordinace v práci na anamnéze, diagnostice, terapii a hlavně i v otázce prevence. Cílem sociálního pracovníka je rodinu podpořit, posílit její kladné vlivy a odstranit jevy nežádoucí.

Sociální pracovník hlavně využívá individuální metodu sociální práce (case work) a metodu skupinovou (groupwork), která se užívá při práci v dětských skupinách. Sociální pracovníci by měli být schopni klientům – dětem a jejich rodičům poskytnout pomoc v rámci jednorázové intervence a to třeba i telefonicky. Zprostředkuje tak první kontakt s klientem a případně ho pozve na své pracoviště a nebo mu pracoviště doporučí. V případě ohlášení syndromu CAN vyšetřování začne v terénu s cílem dítěti pomoci a nebo ohlášené podezření vyloučit. Snahou je klienty přimět k návštěvě odborného pracoviště a v případě potřeby zahájit terapii, zejména socioterapii prováděnou přímo

v rodině dítěte. To vše za pomoci Oddělení péče o rodinu a děti, dětských sester, lékařů a pracovníků předškolních a školních zařízení. Spolupráce s terénem je nesmírně důležitá a nápomocná při řešení problému.

Jednou z forem terapie je sanace rodiny. „*Což jest výchovné působení v rodině na její členy jednotlivě a na rodinné společenství jako celek, s pokusem o její zachování či obnovení.*“ (Dunovský, Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, 1997, s. 165) To jest ale pouze v případě odstranění nepříznivých vlivů, které působí na rodinu nebo v rodině samé, a posilovat jevy kladné.

Syndrom CAN je spjat s fungováním rodiny. Čím hůře rodina funguje, tím je vyšší riziko týrání a zneužívání dítěte. To, jak rodina funguje, se váže na osobnost rodičů a jejich interpersonální vztahy. „*Pomocníkem v tomto případě je Dotazník funkčnosti rodiny, pomocí něhož je možno rozdělit funkčnost rodiny do 4 skupin, kterými jsou rodina funkční, problémová, dysfunkční a afunkční. Pro jeho vyplnění a určení skupiny funkčnosti je nutná znalost všech dostupných údajů o rodině, takže dotazník stanoví stupeň postižení rodiny, což má velký význam pro prognózu, která dále určí vhodnost terapie.*“ (Dunovský, Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, 1997, s.165) Pokud stanovená diagnóza a prognóza dopadne negativně a ukáže nemožnost nápravy, je nutné, aby sociální pracovník odebral dítě z rodiny a umístil jej v optimálních podmínkách vhodné pro dítě. Jedná se o prostředí, které se rodině podobá. Místa a možnosti, kam umístit dítě jsou: širší rodina, osvojení dítěte, pěstounská péče – individuální či skupinová a pokud nelze jinak, umístit dítě do vhodného dětského zařízení.

Cílem léčby či intervence by mělo být uzdravení dítěte s ohledem pro závažnost situace, byť by mělo představovat jen kýžený ideál. Léčba dětí by neměla probíhat pouze v rovině symptomatické, ale také v rovině příčinné, která vede zpětně k prevenci, neboli předcházení. (Dunovský, 1997)

Vzhledem k obtížné diagnostice, neurčitosti a nezřetelnosti v oblasti psychických a sociálních škod z vnějšího prostředí (zejména rodiny) se potýkáme s řadou problémů a otázek, čímž se nám nabízí podstatně více terapeutických metod a způsobů řešení. Zvolit nejideálnější terapeutický postup není jednoduché, často jsme odkázáni na pouhé pozorování, naslouchání a „metodu pokus a omyl“. V oblasti terapie se dále setkáváme s dalšími otázkami a to zvláště při uplatnění trestního stíhání, s tím spojená kriminalizace problému, dále při odebírání dítěte z rodiny, zbavení rodičovských práv, rozhodování komu svěřit dítě do péče apod. Oproti tomu v léčbě tělesných zranění se nesetkáváme se závažnějšími problémy, pokud není dítě ohroženo na životě. Řeší se například náprava

zlomeniny, zastavení krvácení či dlouhodobá rehabilitace.

Léčba by se neměla soustředit pouze na oběť – dítě ale i na všechny členy rodiny včetně samotného zneuživatele, zvláště je-li členem rodiny. Pokud je situace kritická a uvažuje se odebrání dítěte z rodin, mělo by se pečlivě uvážit, zda by jako první z rodiny neměl odejít pachatel. Sexuálně zneužívanému, týranému a zanedbanému dítěti by se v těchto chvílích měla poskytnout co nejvyšší profesionalita, podpora a citová pomoc. Sociální pracovník a další ošetřující personál by měl být vybaven vysokou mírou empatie, zajistit dítěti v nejkritičtějších podmínkách míru jistoty a pocit bezpečí. *„To ovšem klade neobyčejné nároky na osobní kvality angažovaných odborníků a na jejich schopnost překonávat nejrůznější druhy stresu a ohrožení. Za zvlášť závažné nutno pokládat ohrožení asociálními až antisociálními klienty, s nimiž musí jednat a často i všestranně bránit a ochraňovat jejich dítě, a to i proti nim samým.“* (Dunovský, Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, 1997, s. 167)

K nebezpečí vyšetřování syndromu CAN patří sekundární viktimizace, zmíněná v předchozích kapitolách. Maří a znehodnocuje dosažené výsledky a poukazuje tak na neprofesionalitu a nekompetenci sociálního pracovníka a celý interdisciplinární tým. Nejpodstatnější je však to, že se ubližuje dítěti samému. Aby se sekundární viktimizaci předešlo, měla by být během vyšetřování prováděna kontrola a hodnocení. Mluvíme o supervizi. Součástí supervize jsou zmíněné semináře pracovníků a přímá odpovědnost vedoucího pracovníka za případ. Ten odpovídá před zákonem za všechny postupy a rozhodnutí.

Místo pojmu terapie se někdy používá termín intervence. Působí v oblasti psychické a sociální. Je specifická jednostranným působením na klienta než na interakci s ním. Léčba se uskutečňuje na třech základních rovinách.

Léčba urgentních stavů, často ohrožujících zdraví a život dítěte pomocí krizové intervence. Úkolem je zabránit procesu násilí a dalšímu útoku. V případě potřeby oběť dopravit na příslušné pracoviště, kde mu bude poskytnuta další odborná pomoc. Nejobtížnější pomoc a léčba je u sexuálně zneužitého či znásilněného dítěte. Primárně nejde o lékařský zákrok, ale o duševní podporu a provázení dítěte v samotě a opuštěnosti. Je nutné brát maximální ohled k duševnímu a citovému traumatu dítěte. Z lékařského hlediska je třeba myslet na možnou způsobenou pohlavní infekci. V této fázi rodiny se nejčastěji dítě umisťuje mimo rodinu, k příbuzným či do ozdravovny, léčebny či krizového centra. Jsou-li v rodině další sourozenci, umisťují se zásadně společně. Vedle

terapeutických aktivit se současně podává hlášení o týrání či zneužívání dítěte. Po této akutní fázi léčby se zahájí její druhá rovina pomoci dítěti.

Nastává fáze komplexního šetření okolností související s násilím či zanedbáváním v rodině a terénu – dětský lékař, škola, OSPOD. Stanoví se definitivní diagnóza a oprávněnost hlášení. Nastolí se plán terapie se spoluprací OSPOD a dítě ji začíná aktivně plnit. Nejdůležitější terapeutickou aktivitou je psychoterapie a socioterapie. Také se řeší civilně právní otázky i za účasti soudu. Délka trvání této fáze je různá, záleží na závažnosti případů. Může probíhat i několik měsíců. Často přesahuje i do fáze třetí. O jejím ukončení se rozhoduje dle úspěchů intervence.

Tato etapa oběti CAN dlouhodobě sleduje a snaží se vyřešit základní otázky mezi vztahy zúčastněných s ohledem na uzdravení dítěte. Rozhodující roli sehrávají specializovaní lékaři: neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař, gynekolog a psycholog poskytující terapii jak dítěti, tak i rodině. Nezbytný je i sociální pracovník, který se stará o sociální, právní a jiná dávková opatření. Mnohdy se zapojuje do případu i škola, například její změna, výchovný poradce a třídní učitel. Tato fáze v podstatě nekončí nikdy, je třeba i v případě kladného výsledku léčby rodinu a dítě kontrolovat a zjišťovat možné riziko recidivy. Mnohdy se špatné zacházení s dítětem může opakovat a to v případech návratu pachatele z vazby do stejné rodiny. To se stává zejména v případech, kdy odborní pracovníci správně nezhodnotí jeho osobnostní odchylky. Za této situace musíme intervenovat znovu ve prospěch dítěte.

3.2 Náhradní rodinná péče

Zatímco dříve se děti odkládaly z důvodů chudoby, úmrtí rodičů nebo nemohoucnosti se o ně postarat (Bechyňová, 2007) dnešním důvodem je z více než 50% zneužívání nebo zanedbávání dětí, případně týrání nezvládnutá péče o dítě z důvodu rodinného stresu a užívání návykových látek. Dalším důvodem je často nezvladatelné chování dítěte. (Kessler et al., 2008)

Výsledky studie o umístění dětí do náhradní rodinné péče v České republice dle Ptáčka (2011) je:

Důvod	%
Nedostatečná péče o dítě	66
Finanční situace rodiny	10
Rodiče nezvládají problémové chování dítěte	7
Sociální důvody rodiny	5
Alkohol v rodině	5
týrání	4
Rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody	3

Pouze 12% případů, alkohol v rodině, týrání a rodiče ve výkonu trestu odnětí svobody můžeme považovat za oprávněné. Ostatní důvody pro umístění dětí do institucionální péče by nebyly nutné, kdyby fungovala vhodná podpora a sociální práce s rodinou. Děti by tak mohly vyrůstat v původním rodinném prostředí.

„Po institucionální stránce spadá náhradní rodinná péče do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí, které je centrálním orgánem státní správy pro tuto oblast. Na nižším stupni je náhradní rodinná péče zajišťována krajskými úřady, pověřenými obcemi a obcemi, a to jak v rámci přenesené, tak i samostatné působnosti. O všech formách náhradní rodinné péče v konečné fázi rozhoduje soud dle občanského soudního řádu.“ (Bechyňová a kol., s. 207-208)

V důsledku těchto fenoménů tak může dítě svoji původní rodinu ztratit. Je třeba tak dítěti zajistit rodinu náhradní. Ta má dítěti částečně nebo úplně umožnit, aby vyrůstalo v takovém prostředí, které by uspokojovalo jeho základní psychické potřeby, harmonicky rozvíjelo jeho osobnost a připravovalo je na budoucí společenský život. Forem náhradní rodinné péče máme poměrně velké množství. (Dytrych, Matějček, 1994; Infocentrum sociální pomoci KONTAKT, 2007; občanský zákoník, 2014)

Do náhradní rodinné péče patří:

- Osvojení
- Osvojení dětí do ciziny tj. mezinárodní osvojení
- Pěstounská péče
- Poručenství
- Hostitelská péče

Osvojení nebo-li adopce je vlastní rodině nejpodobnější. Vzniká tak svazek zcela totožný s původní rodinou. Noví rodiče mají k dítěti při osvojení stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči. Zanikají tak zároveň práva mezi osvojencem a jeho původní rodinou. Jsou zde přijímány ty děti, u kterých původní rodiče podepsali souhlas nebo děti, o které rodiče neprojeví po určitou dobu zájem. Osvojit dítě může pouze manželská dvojice a musí být mezi osvojitelem a osvojencem přiměřený věkový rozdíl. Zákon rozlišuje dva druhy osvojení.

- Zrušitelné, 1. stupně
 - Osvojitelé nejsou zapsáni v rodném listě, prosté osvojení lze zrušit. Vzájemná práva mezi osvojitelem a osvojencem tak zanikají. Tento typ osvojení je využíván v případě přjetí dítěte do jednoho roku.
- Nezrušitelné, 2. stupně
 - V praxi se užívá častěji a od zrušitelné adopce se vymezuje tím, že osvojitelé jsou zapsáni do rodného listu namísto původních rodičů.

O osvojení rozhoduje soud. Ještě před rozhodnutím soudu musí uplynout nejméně tři měsíce, po které se bude budoucí osvojitel o dítě náležitě starat. Říkáme tomu „předadopční péče“.

Osvojení dětí do ciziny je v České republice možné od roku 2000. Umožňuje tak osvojení dětí z ciziny v případech, kdy není možné pro dítě najít rodinu v zemi jeho původu.

Pěstounská péče je možná ve více formách. Individuálně, v rodinné skupině nebo prostřednictvím SOS vesniček. Pěstounská péče má přednost před péčí ústavní a to z důvodu zásadního práva dítěte vyrůstat v rodinném prostředí. Pěstounskou péčí ustanovuje soud, pěstouni jsou pak povinni podávat soudu pravidelné zprávy o výkonu pěstounské péče. Pěstoun má právo a povinnost zastupovat pouze v běžných věcech, neboť toto právo stále náleží jeho původním rodičům, pokud nejsou ovšem v rodičovské zodpovědnosti omezeni či zbaveni. Individuální pěstounská péče je zastoupena manželi, kteří vlastní děti mají a přijímají do péče ještě jedno nebo dvě děti. Dítě nenese jejich

jméno. V rodinné skupině by mělo zpravidla vyrůstat ne více než 10 dětí, různého věku a pohlaví. SOS vesničky se zakládají na mateřském principu. O skupinku dětí se starají pouze matky pěstounky, která bydlí se skupinou dětí v samostatném domečku. Tyto domečky tvoří společenství vesniček.

Poručenství může do jisté míry plnit funkci náhradní rodinné výchovy. Zjednodušeně řečeno je poručenství nadřazeno pěstounské péči, kdy je poručník na rozdíl od pěstouna zákonným zástupcem dítěte. Nese to s sebou výhody i nevýhody možného rizika zásahů biologického rodiče dítěte. Poručník však nedosahuje postavení osvojitele. Při rozhodování o podstatných záležitostech dítěte pěstoun žádá o souhlas biologického rodiče, poručník soud, osvojitel sám a nepotřebuje svolení nikoho. Poručenství vzniklo jako ochrana nezletilého, který nemá způsobilost k jeho právním úkonům s ohledem na jeho věk. Poručenství vzniká v případě, že dítěti zemřeli rodiče, nebo byli zbaveni rodičovské odpovědnosti. Poručník dítě vychovává, zastupuje, spravuje jeho náležitosti. Nezakládá však vyživovací povinnost k dítěti.

Hostitelská péče je zvláštní forma pěstounské péče, kdy děti z dětských domovů jezdí na návštěvy, víkendy či prázdniny do rodin. Je vhodná pouze pro děti (školního věku), které jsou schopny pochopit, že se jedná pouze o pobyty dočasné. Děti prostřednictvím této péče navazují nové přátelské vztahy a podívají se do fungujících rodin. Tato péč není upravena zákonem. O návštěvě rozhoduje ředitel dětského domova na základě souhlasu obecního úřadu s rozšířenou působností. Ten také provádí sociální šetření, kam má být dítě propuštěno. (Matějček, 1994, 1999; Infocentrum sociální pomoci KONTAKT, 2007, občanský zákoník, 2014)

4 KAZUISTIKY

4.1 Kazuistika číslo 1

Osobní údaje:

Iniciály: D. R.

Věk: 5 let

Vzdělání: /

Občanství: České

Národnost: Česká

Rodinná anamnéza:

Holčička bydlela s matkou R. a s dvěma sourozenci v bytě 2+1. Matka žije sama a dle její výpovědi často střídá partnery. V současné době má 3 děti, každé s jiným partnerem. Někteří z mužů ji stále navštěvují v jejím bydlšti, když si jdou pohrát se svým dítětem. Paní R. v současné době nepracuje. Ve 30 letech jí diagnostikovali paranoidní schizofrenii a paní od té doby prodělala několik psychotických atak.

Osobní anamnéza:

Holčičku D. vychovávala od narození pouze její matka, paní R. R., žena ve věku 35 let. D. bydlí s matkou a dalšími dvěma sourozenci v panelovém bytě 2+1, kde ji chodí navštěvovat otcové děti a také různí muži, kteří dochází za paní R., holčička neprodělala žádné vážné onemocnění. Podle psychologického vyšetření je naprosto zdravá. Gynekologické vyšetření odhalilo stopy po sexuálním zneužívání.

Sociální anamnéza

Sociálně ekonomická situace rodiny byla špatná. Matka již několik let nepracuje. Pobírá pouze peněžitou pomoc v mateřství. V budoucnu chce žádat o přiznání invalidního důchodu vzhledem k těžkému onemocnění, jímž trpí. Matka má problémy financovat chod domácnosti, s tím ji pomáhá její současný partner, otec holčičky D. Matka také dostává alimony od dalších dvou otců jejích dětí. Holčička přichází do styku se svým biologickým otcem a také s muži, kteří za matkou dochází. Vazbu na širší rodinu matka odmítá, občas se na vnučku přijde podívat její babička, která žije nedaleko.

Aktuální stav:

Při poslední psychotické atace byla paní R hospitalizována v psychiatrické léčebně Bohnice. Díky tomu byly její dvě děti, tříletá holčička D a mladší bratr T, umístěni v zařízení Klokánek Fondu ohrožených dětí, třetí dítě bydlí se svými prarodiči. Během hry s praktikantkou holčička prozradila, že jí tatínek „šťouchal pindíkem“ a pomocí panenek ukázala na místo kam (mezi nožičky). Také praktikantce řekla, že jí tatínek strkal pindíka do pusinky, aby se „napapala“. Dále holčička mluvila o bití tatínkem. Po příjmu do zařízení, zjistila teta, která se o holčičku D stará, vaginální výtok a holčička byla objednána ke gynekologovi. Vyšetřením bylo sexuální zneužívání potvrzeno, dívka kromě gynekologického vyšetření demonstrovala sexuální zneužití při psychologickém vyšetření na anatomických panenkách s druhotnými pohlavními znaky. Během vyšetření sdělila, že jí to bylo nepříjemné, bolelo jí to a byla ve svém věku schopná okamžitě identifikovat mužské a ženské pohlavní orgány. Dívka dále popsala mužský pohlavní orgán jako „věc na čůrání“ a na „strkání“. Na figuríně ukázala kam. Na dotaz, kdo jí tam „pindíka“ strkal, odpověděla, že tatínek. Vzhledem k častým návštěvám mužů u matky doma, není jisté, jestli se jedná o jejího biologického otce nebo některého z návštěvníků matky. Na otázku, jestli má ráda své rodiče, odpověděla, že mámu ráda má, ale tatínka ráda nemá, nechce ho vidět, nechce s ním být a zlobí se na něj, protože jí ublížil. Dívka byla dále dotazována, zda o všem matce řekla, dívka odpověděla kladně, ale podrobnější informace o matčině reakci zjištěny nebyly. Otcovo jméno holčička nezná, identifikovala ho jako dědka. Jména sourozenců však zná. Při dalším psychologickém vyšetřování byla holčička milá, vstřícná a spolupracovala. Ráda byla chválena za to, co umí. Při řeči o otci byla smutná, uzavřená do sebe, komunikovala úsporně a méně ochotně. Dívka byla dále podrobena psychologickému vyšetření podle Gesellovy vývojové škály, bylo zjištěno pouze mírné opoždění ve vývoji řeči. Dívka nesnáší dobře doteky cizích lidí, odmítá pomoc při svlékání a oblékání, bojí se sprchovat a ve sprše dokonce jednou prodělala afektivní záchvat, když se jí pomáhající pracovnice snažila pomoci. V ostatních klinických testech měla dívka nadprůměrné výsledky.

Rozbor příčin:

K situaci, kdy byla holčička zneužívána, zřejmě došlo kombinací podmínek. Jednak matka trpí vážným onemocněním, které může svou závažností zapříčinit to, že matka není schopná se o holčičku postarat, eventuálně adekvátně posoudit fyzický i psychický stav holčičky. Také se musí starat o další dvě děti a nemá tak čas věnovat se všem dětem, tím pádem jí mohly některé signály, indikující sexuální zneužívání ujít. Také to, že matku

navštěvuje množství mužů, může nahrávat podmínkám pro zneužití. Zneužívající jedinec může dostat pocit anonymity a kontroly nad situací. Zde také hraje úlohu nízký věk holčičky, která se nemůže jakkoliv bránit a zřejmě ani závažnost celé situaci nechápe.

Navrhované řešení:

Je třeba zvážit zdravotní stav matky, zda je způsobilá vychovávat tři malé děti. Pokud ano, bylo by vhodné upravit podmínky, v kterých rodina žije. Návštěvy mužů mohou být pro děti ohrožující. Také je třeba vyřešit finanční stránku rodiny, vhodné by bylo, kdyby matka začala chodit do práce, pokud to její zdravotní stav dovoluje. Děti by měly začít navštěvovat mateřskou školu. Podmínkou je dopadení pachatele sexuálního zneužívání, aby se přestal vyskytovat v rodinném kruhu, což je značně problematické z hlediska množství nápadníků, kteří matku navštěvují. Možné řešení je také umístit holčičku do systému náhradní péče, poskytnout jí i matce klidné zázemí, psychologickou pomoc a podpořit jejich sociální situaci vhodnou intervencí do té doby dokud se celá situace nestabilizuje.

Prognóza:

Prognosticky se jeví situace ne příliš příznivě. Matka samoživitelka trpí vážným onemocněním bez možnosti velkého zlepšení a není schopna celou situaci řešit samostatně. Je důležité, aby se holčičce i matce dostalo psychologické i sociální péče. Dále je nutné zajistit pravidelné kontroly stavu matky i holčičky. Podmínkou je také dopadení pachatele sexuálního deliktu. Dále by bylo vhodné zařídit, aby holčička začala navštěvovat mateřskou školu a začala tvořit sociální vazby i mimo rodinný kruh.

Rozbor kazuistiky:

Z rozboru kazuistiky číslo 2. Můžeme vyčíst, že dívka pochází z neúplné rodiny. Z toho, že si k matce chodí muži „pohrát“ se svými dětmi, usuzuji, že se i o ostatní dvě děti stará především matka. Ta navíc trpí velmi vážným duševním onemocněním - paranoidní schizofrenií. Jako rodič se tedy musí vypořádat s výchovou tří dětí a ještě k tomu je nucena vyrovnávat se se svou chorobou, jejíž tíže může vést až naprosté nekompetenci roli rodiče obstarávat. Matka má dále problém s muži, často je střídá a tak nevytváří zrovna vhodné prostředí pro vývoj dítěte. Ti se v jejím bytě střídají a můžou dítě mást takovým způsobem, že samo neví, kdo je jeho otec. Takovéto prostředí může být při vzniku sexuálního zneužívání velmi nebezpečné. Na jedné straně je matka, která nevěnuje výchově svých dětí dostatečný čas a není zcela kompetentní zvládat rodičovskou roli, na straně druhé je

množství mužů, kteří dítě navštěvují a pro potencionálního zneužívatele může vzniknout pocit anonymity.

Sociální intervence v tomto případě proběhla jen díky náhodnému výskytu ataky schizofrenie matky holčičky. Ta ve svém nízkém věku neměla jakoukoliv možnost vlivu na událost. Z matčiny strany žádný zásah do situace nepřišel. Buďto o zneužívání otce holčičky nevěděla nebo nebyla schopna na ni adekvátně zareagovat. S holčičkou bylo poté psychologicky pracováno v zařízení pro přechodnou rodinnou péči. Jelikož bylo sexuální zneužívání odhaleno v nedávné době, není jasné, jakým způsobem bude případ vyšetřován. Je možné, že dojde k vyšetření tíže nemoci matky a na základě toho bude rozhodnuto, zda-li budou děti umístěny do systému náhradní rodinné péče. Dopady na dívčino psychické zdraví, jsou patrné již nyní, kdy jí dotek cizích lidí dělá značné obtíže. Je otázkou jakým způsobem se bude vyvíjet osobnost dítě směrem budoucnosti.

4.2 Kazuistika číslo 2

Osobní údaje:

Iniciály: Z. D.

Věk: 18 let

Vzdělání: základní

Občanství: České

Národnost: Česká

Rodinná anamnéza:

Dívka Z. žila se svoji matkou, dvěma mladšími sestrami M. a N. a nevlastním otcem. Všichni bydleli v rodinném domě za městem, kam každý den dojížděli kvůli škole a kroužkům. Vlastního otce si dívka nepamatuje, s matkou se totiž rozvedli, když bylo dívce dva a půl roku. V předškolním věku měla Z spoustu zájmů, chodila na gymnastiku, tancovat, zpívat, hrála na klavír a docházela na hodiny angličtiny. Protože doma byla atmosféra neustále napjatá, snažila se chodit na spoustu kroužků a co nejméně se zdržovat doma. Nevlastní otec byl přísný, často celou rodinu trestal za malichernosti a hodně křičel, matku bil. Otčím byl velmi dobře finančně zajištěný, vlastnil továrnu na výrobu dřevěných hraček a měl ve městě, u kterého celá rodina žila, velký vliv. Dívka v útlém věku utíkala z domu, často jí a její sourozence hlídali sousedi.

Osobní anamnéza:

Dívce Z. je v současné době 18 let. Detaily její osobní anamnézy známe díky posudkům, které byly vyhotoveny na základě soudního přelíčení, které bylo uskutečněno s nevlastním otcem dívky. Dle výsledků z pedagogicko – psychologické poradny je Z málomluvná, zakřiknutá, velmi bledá a tichá. Mluví tichým a nevýrazným hlasem. Je submisivní, s projevy neurotického chování. Obtížně snáší psychické napětí, je v úzkostné tenzi, má snížené sebehodnocení. Má tendence k somatizaci obtíží, k sebeobviňování z chování otce, ze kterého má strach. V kresbě rodiny odděluje sestry a matku, které se vzájemně drží za ruce a nejmladší N. objímá kolena matky, zatímco otec sedí zcela stranou v křesle a dívá se sám na televizi. Při znaleckém posuzování z dětské psychiatrie u poškozené Z znalci nezjistili žádnou duševní chorobu ani poruchu. Upozorňují však, že se jedná o nezralou osobnost abnormálně strukturovanou s akcentovanými hysterickými, histriónskými a egocentrickými rysy. Znalci dále zdůrazňují, že některé skutečnosti, přesto, že je chápe reálně, interpretuje v rámci hysterických a egocentrickým rysů zkresleně a dochází tak ke konfabulacím a nepravdivým interpretacím. Podstatný vliv na její chování mají však bezesporu i faktory vnější, především to, že vyrůstala v neurovnaných a málo podnětných rodinných poměrech. Staví se do opozice vůči direktivním výchovným postojům nevlastního otce a svými vlastními postoji se jej snaží z výchovného vlivu eliminovat. Znalkyně po „poučení znalce“ stvrdila závěry znaleckého posudku a uvedla, že Z. ráda manipuluje se svým okolím. Dívka má za sebou také řadu pokusů o sebevraždu a trpí anorexií a bulimií.

Sociální anamnéza:

Zhruba od čtyř let věku Z popisuje hru, kdy se s otcem mazlila, sedávala mu na klín a otec jí hladil na intimních partiích. Ze začátku jí byla hra příjemná, nevlastní otec na ní byl hodný a byla středem jeho pozornosti. Později se jí hra přestala líbit, začala mít špatné spaní, pomočovala se a měla noční můry. Nechtěla být s otčím sama doma. Když bylo dívce osm let, jela se svými sestrami a s otčím na dovolenou. Popisuje, jak otčím pořizoval fotografie, na kterých byly nahé, v kalhotkách a šatech bez kalhotek. Na fotografiích byly zachyceny i s jinými dětmi v posteli, kde si dávali pusinky, hladili se po vlasech a intimních partiích. Později se Z s celou rodinou přestěhovali na Moravu. Z tak vystřídala spoustu základních škol, popisuje, jak se s dětmi často prala. V devíti letech ji otčím poprvé znásilnil. Nesměla to nikomu říct, pod hrozbou, že to udělá i její sestře a maminka by se na ní zlobila. Z ráda kreslila a na jednom z výkresů nakreslila sebe a svojí sestru, jak stojí nahé před stanem a místo ženského přirození mají mezi nohama penisy.

Matka obrázek vyhodila. Protože si Z. celou dobu stěžovala na bolesti břicha, byla často hospitalizována v nemocnici a jezdila do lázní. Stěžovala si na procedury, kde se musí svlékat. Pokaždé když se vrátila domů, otec na rodinu křičel, mlátil je. Matka se rozvést nechtěla z důvodu, že by své tři děti neuživila. Neustále ho omlouvala, byla ráda, že je přísný. Podle Z za ni otčím za chodil do koupelny, kde si ji prohlížel, a když se začala bránit, zmlátil ji a přinutil ji, aby mu líbala přirození. Nutil ji k orálnímu uspokojování i na půdě domu, kde bydleli. Několikrát ji odvezl i za svým známým, který dívku zneužíval také. Podával ji opiáty, aby byla povolnější. Z byla svědkem znásilnění i svojí matky. Dívka začala hubnout, trpěla velkou nechutí k jídlu. Hospitalizace v nemocnici se stupňovaly. Od dvanácti let začala trpět mentální anorexií a bulimií. Popisuje, že se styděla za svoje tělo. Dívka nikomu nic o sexuálním zneužívání neřekla. Otčím byl do školy několikrát pozván, jelikož si učitelé dívky všimli podlitin na jejich pažích. Otec byl však schopen celou událost zamést pod koberec, vždy tvrdil, že se k dětem chová správně a má je rád. Matka kvůli svému muži začala chodit k psychologovi. Ze začátku ho bránila, ale posléze přiznala, že se během průběhu jejich manželství projeví i jiné charakterové vlastnosti jejího manžela, které předtím neznala. Především jeho neustálá snaha, aby ho všichni poslouchali a respektovali. Autoritu si udržoval neustálým křikem a to i kvůli malichernostem.

Dívka byla poté několikrát za sebou hospitalizována, kvůli opakujícím se sebevražedným pokusům. Během pobytu na psychiatrii se Z rozpovídala o sexuálním zneužívání jejím nevlastním otcem. Otčím dívky se tak ocitl ve vazbě. Při vyšetřování případu Z. nebyla schopná spolupracovat, protože soudní znalec byl muž a těch se Z. bála. Při soudním přelíčení Z omdlívala, nespolupracovala a řekla, že to co o otci sdělila, nebyla pravda, velmi často měnila své výpovědi a tvrzení. Otčím kategoricky popíral vše, co mu bylo dáno za vinu vůči nevlastní dceři Z. Následně byl nepodmíněně odsouzen ke třem letům vězení.

Aktuální stav:

Z. nyní chodí na arteterapii, muzikoterapii a individuální psychoterapii. Z forenzního hlediska nebyl případ uzavřen, dívka Z. byla stále vyslýchána a podrobována opakovaným vyšetřením. Docházelo k sekundární viktimizaci. Z psychiatricko – psychologického hlediska Z. trpí posttraumatickou stresovou poruchou a také psychopatologickými smíšenými symptomy, které se projevují anxiózně – depresivní poruchou, disociativní, konverzní poruchou a somatizační poruchou. Vedle těchto symptomů je patrný disharmonický vývoj osobnosti. U pacientky se projevuje opakované

suicidální chování. K uvedené psychopatologii doporučují lékaři psychologické léčení ambulantní formou. V současné době není pravděpodobně dívka schopna plně odlišit percepci reality a vlastní fantazijní produkci. V současné době bydlí Z v azylovém domě, s rodinou se moc nestýká. Matka odcestovala do Mexika, prostřední sourozenec je v současné době závislý na pervitinu a otec, který byl původně odsouzen ke 3 letům vězení, je nyní na svobodě. K dívce má soudní zákaz se přiblížit na 100 m.

Rozbor příčin:

Příčiny stavu dívky jasně vyplývají z její sociální anamnézy. Z si prošla dlouholetým sexuálním zneužíváním, od svých 4 let až do její puberty byla zneužívána a znásilňována jejím otčímem a příležitostně jeho kamarádem. Matka dívky se projevila jako naprosto nekompetentní situaci řešit, nebo dívku jakkoliv podpořit i když o zneužívání musela vědět. Upřednostnila finanční zajištění člověkem, který zneužíval její dceru, před rozvodem. Důvodem může být otčímovo dominantní postavení a také atmosféra strachu, kterou kolem sebe šířil. Na celém případě je zarážející, že dívka přišla do styku s množstvím lidí, kteří by měli být kompetentní sexuální zneužívání odhalit – absence ve škole, podlitiny na celém těle, dívčino chování, strach z nahoty, obavy z mužů. To vše uniklo celé řadě odborníků, kteří s dívkou přišli do styku. Pokud se zaměříme na psychickou stránku Z, tedy na depresivní poruchu, disociativní, konverzní poruchu a somatizační poruchu, je jasné, že ji zneužívání poznamenalo na celý život. Dívka bude mít problém najít a udržet si partnera. Bude mít zřejmě také problémy v interakci s lidmi.

Navrhované řešení:

Pro dívku je nezbytné, aby pokračovala v již realizovaném čerpání psychologické a psychiatrické pomoci. Dále je třeba zaměřit se na posílení jejího sebehodnocení a podporu vlastních kompetencí. Bylo by dobré dívku integrovat do širšího společenství lidí, tak aby si dívka mohla najít přátele. V tomto ohledu by mohli fungovat dobře skupinové terapie, chráněné dílny, výtvarné kroužky nebo různé zájmové aktivity. Dívka je nyní ubytována na azylovém domě, je třeba být ve „střehu“ a při relapsu potíží být dívce na blízku a poskytnout jí krizovou intervenci, tak aby nedošlo k dalším pokusům o sebevraždu.

Prognóza:

Z je těžce poznamenána celoživotním zneužíváním od svého otčima. Má pocit, že je v životě sama, bezmocná a bez pomoci, na kterou dlouho čekala, ale která přišla až v jejím dospělém věku. V budoucnu je třeba zaměřit se na stabilizaci stavu dívky, posléze upevňovat pocit vlastní kompetence rozhodovat o svém životě. Pokud tuto etapu Z zvládne

dobře, je možné se jí pokusit zajistit chráněné bydlení a zaměstnání nejlépe s výlučně ženským kolektivem.

4.3 Kazuistika číslo 3

Osobní údaje:

Iniciály: D. R.

Věk: 17 let

Vzdělání: základní

Občanství: České

Národnost: Česká

Rodinná anamnéza:

Dívka K. byla již ve velice útlém věku umístěna do dětského domova. Umístila ji zde její matka, která se podle její výpovědi snažila zabránit opakování sexuálního zneužívání ze strany otce slečny K. Matka tehdy trestný čin na policii nenahlásila, jelikož si myslela, že tím že dostane slečnu K. z dosahu jejího otce, vyřeší současný problém. Bála se totiž reakce svého manžela, který měl tendenci řešit problémy násilím a měl v rodině dominantní postavení. Slečna K. vidala své rodiče jen občas, jezdila k nim na prázdniny, tehdy bydleli v rodinném domku na vesnici. Matka byla prý vždy velice chladná a K. popisuje, že spolu neměly nikdy dobrý vztah.

Osobní anamnéza:

K je dívka ve věku 17 let. Od 4 let vyrůstala v dětském domově. V 15 letech z domova utekla. Ze zprávy o dívce víme, že K obtížně hledá slova pro vyjádření ocenění, které se týká jí samotné. Je pro ni těžké najít na sobě to dobré, prospěšné a pozitivní. K tomu potřebuje vedení psychoterapeutky. Bylo zjištěno, že K. nedodržuje hranice, přivlastňuje si některé materiální věci. V současné době konstatuje pouze nespavost, ale jako normální, nikoli jako problém. V minulosti prý trpěla spánkovou deprivací na základě nucené prostituce a zneužívání od rodiny. Klientka je tzv. „mlčenlivý klient“ a má tendenci k unikům ze spolupráce, pokud by měla něco rozhodovat a o sobě prozrazovat.

Sociální anamnéza:

V patnácti letech utekla K. z dětského domova, žila rok v Praze a poté se vrátila z vlastní vůle do dětského domova. Kde se v Praze pohybovala, nikomu nesdělila. Krátce po svém návratu byla kontaktována matkou kvůli finanční podpoře dětí odcházejících

z dětského domova. Na žádost matky byla z dětského domova propuštěna a přestěhovala se ke svým rodičům. Dívka K. krátce navštěvovala učiliště, obor kuchař číšník. Odtud ji však matka po pár měsících odhlásila, aby K. mohla začít pracovat. Po nějaké době ji matka vyhodila z domu a slečna K. šla bydlet k tetě, kde bydlela asi půl roku, když jí její kamarád nabídl práci v penzionu v nedalekém městě. V penzionu měla původně pomáhat v kuchyni. Výsledek byl ale jiný. Po příjezdu se dozvěděla, že má pracovat v erotickém klubu a záhy byla přinucena k prostituci. Podle její výpovědi na policii jí však údajně do tohoto klubu prodala matka kvůli finanční situaci. Je otázkou jakou roli v tomto obchodu sehrál otec K. Z erotického klubu se K snažila několikrát utéct, podařilo se jí to až na potřetí. Své nedobrovolné zadržování v penzionu údajně nenahlásila, jelikož se bála pomsty ze strany „pasáků“. Poté šla bydlet ke kamarádce. Co se dělo později – jak se dostala do dalšího erotického klubu v jiném městě – o tom zatím K nechce mluvit, ale zřejmě šlo o obchod s lidmi. Zmínila se o tom, že nějakou dobu předtím žila opět v Praze. Během své práce v penzionu K otěhotněla se svým tehdejším přítelem, se kterým již není v kontaktu. Když její „pasáci“ zjistili, že je těhotná, chtěli, aby šla na interrupci, ale na to už ale bylo pozdě. Po porodu jí pasáci dceru chtěli vzít, ale K se je podařilo přesvědčit, aby jí dceru nechali za cenu odevzdávání příspěvku na dítě. K tak byla nucena v erotickém klubu pracovat a starat se zároveň o dítě. Dívka byla poté zatknuta policistou za drobnou krádež v obchodě, kde se snažila ukrást dětské ponožky. Při výslechu mu K sdělila, že jí násilím drží v erotickém klubu, ale bála se cokoliv víc sdělit ze strachu, že jí zbijí a ublíží dítěti. Následně se K i se svojí dcerou dostaly do utajeného pobytu v azylovém domě, kde K. začala spolupracovat se sociální pracovnící a psychiatrickou.

Aktuální stav:

V současné době bydlí K na azylovém domě, spolupráce s ní je značně problematická. K má problém s vyjádřením vlastních pocitů často opakuje „nevím, neumím, to je jedno“ atd. U klientky se osvědčilo verbalizovat své dojmy o pocitech, které tímto zakrývá. Klientka měla problém hovořit o některých citlivých tématech, lépe jí to šlo, když své pocity a zážitky měla napsat na papír. Klientka má strach z mužů, přesto udává, že jí chybí partner a otec její dcery. Pracovníci si všimli zvláštního posunu ve vnímání sexuality. Například matka své dítě uklidňuje tak, že ho hladí mezi nohama. S klientkou je dále pracováno za pomoci sociální pracovníce a psychoterapeutky, které se starají o její současný stav. O svou bývalou rodinu K nejeví zájem, je na ně rozzlobená.

Rozbor příčin:

K má problémy v sebehodnocení a ve vnímání své vlastní osobnosti, důvodem je dlouhodobá citová deprivace. Také naprostá absence rodinného zázemí. Matka místo toho, aby udala pachatele trestného činu, poslala K do dětského domova a poté ji prodala do erotického klubu.

Navrhované řešení:

Je třeba pracovat na vztahu matky s dítětem. S matkou je třeba dále psychologicky pracovat, edukovat ji ohledně zvyků a návyků spojeným s výchovou dítěte a zaměřit se na její vztah s dítětem. Dalším krokem je vyřídit klientce dávky hmotné nouze a po překonání současné krize zařídit rekvalifikační kurz, aby mohla K začít pracovat a vydělat si tak na azylové bydlení. Holčičku M je poté možné umístit do jeslí.

Prognóza:

Klientka se v současné době vyrovnává s tragickými událostmi, jenž jí naprosto změnily postoj k životu. Během několika měsíců pobytu v azylovém domě by se však situace mohla stabilizovat. Klientka má pouze základní vzdělání, bylo by dobré, kdyby si udělala rekvalifikační kurz a našla zaměstnání a mohla se tak o dítě postarat sama.

5 SHRUTÍ

Z rozboru první a druhé kazuistiky vyplývá, že dívky pocházely z neúplné dysfunkční rodiny. Ve třetím případě se jednalo o rodinu úplnou. Všechny tři dívky vyrůstaly v disharmonickém prostředí. Holčička D. a dívka K. byly umístěny do ústavní péče. Ekonomická stránka rodiny je známa pouze u druhé a třetí rodiny, kdy v jedné rodině panoval vysoký finanční nadstandard, ve druhé byla naopak finanční stránka života rodiny velmi špatná. Z uvedených případů tedy nelze vyvodit, jestli má finanční situace nějaký vliv na vznik sexuálního zneužívání, ale zřejmě přece jen hraje důležitou roli.

V teoretické části se zmiňuji i o syndromu CAN, který může současně provázet syndrom CSA a docházet tak ke kombinaci sexuálního zneužívání s psychickým a tělesným týráním naráz. Kombinaci obou syndromů můžeme pozorovat v případě dívky Z, což mělo vliv na její chování a prožívání.

U všech obětí zneužívání docházelo k sexuálnímu zneužívání přímo od člena rodiny a to ze strany osoby mužského pohlaví. V prvním případě není jasné, zda se jednalo o otce biologického, či jednoho z matčiných partnerů, ve druhém případě byl pachatelem otčím a ve třetím případě jde nejdříve o sexuální zneužívání otcem a poté o komerční sexuální

zneužívání. Z kombinace výsledků případů tedy vyplývá, že k zneužívání dochází nejčastěji v rodinném prostředí oběti, zneuživatelé je nejčastěji osoba mužského pohlaví, v našich případech je to otec nebo otčím, který má k dítěti snadný přístup a nevíce možností čin uskutečnit. Také má na dítě i na celou rodinu velký vliv, jelikož funguje v rodině jako hlavní autorita nebo jako živitel rodiny.

U dívky D. se na sexuální zneužívání přišlo zcela náhodou a vzhledem k jejímu nízkému věku si neuvědomovala, že se děje něco nepřístojného, jen jí to bylo nepříjemné, nemohla samozřejmě posoudit, že se jedná o trestný čin. Ve zbylých dvou případech zneužívání trvalo dlouhou dobu a to z důvodu, že dívky trestný čin nenahlásily, protože měly z pachatelů strach. Sociální intervence proběhla ve všech třech případech, protože všechny trestné činy byly dříve či později objeveny nebo nahlášený. V prvním případě bylo děvčátko D. v péči dětského psychologa, ve druhém případě byla dívka hospitalizována na dětské psychiatrii a v posledním případě byla K. umístěna do azylového domu, kde spolupracovala se sociální pracovnící a psychiatrickou.

Ani v jednom případě se dívka sexuálnímu zneužívání neměla možnost bránit. V prvním případě zneužití proběhlo totiž ve velmi nízkém věku, tudíž si trestný čin holčička neuvědomovala. Pachatel si tedy vybírá snadno manipulovatelné členy rodiny, kteří nemají možnost obrany. Během zneužívání také vytváří v oběti pocit bezmoci a strachu, který mu pomáhá udržet jeho čin v utajení. Sociální intervence byla sice provedena ve všech případech, to však víme zejména proto, že případy byly odhaleny až zpětně, když si oběť v pokročilém věku uvědomila závažnost toho, co jí bylo způsobeno. Je možné, že pokud by jednotlivé případy nebyly odhaleny, tak by oběť sexuálního zneužití o své zkušenosti mlčela.

Následky sexuálního zneužívání si nesou všechny tři dívky. V prvním případě holčička vykazovala znaky sexuálního zneužívání tím, že nesnesla lidský dotyk. Vzhledem k nízkému věku oběť vytěsnila a spontánně by o něm nehovořila. Ve druhém a třetím případě dívky vykazují psychosomatické potíže, došlo také k negativnímu ovlivnění jejich psychického vývoje. Z. i K. mají panickou hrůzu z osob mužského pohlaví.

Ve všech případech tedy došlo k negativnímu ovlivnění psychického stavu, hlavní vliv sexuálního zneužití se ale projevil až po několika letech zneužití. Ve dvou případech, kdy jsou už dívky na hranici dospělosti, vykazují známky fobie z mužů, mají problém navázat dlouhodobý vztah, trpí sníženým sebehodnocením a změněným vnímáním sexuality a osobnostních hranic.

6 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má sexuální zneužívání dětí na jejich aktuální sociální situaci. V této části budu porovnávat výsledky získané z kazuistik s teoretickými východisky, které jsem uvedla v první části mé bakalářské práce.

V první části mé práce píší o rodinném prostředí jako o jednom z hlavních determinantů sexuálního zneužívání. Zjistila jsem, že ve dvou případech sexuálně zneužité dívky pocházely z neúplných rodin a vyrůstaly s náhradním otcem nebo s jedním z partnerů matky. V jednom případě se jednalo o biologického otce. Ve všech třech případech docházelo tedy k intrafamiliárnímu zneužívání. Jak uvádím v teoretické části, potvrzuje se, že četnost intrafamiliárního zneužívání a týrání vysoce převažuje nad četností extrafamiliárního zneužívání. Kazuistika č. 2 se také shoduje s teoretickými poznatky v praktické části v tom, že zneuživatel nemusí být nutně duševně nemocný, ale schopný a velmi vzdělaný jedinec zastávající prestižní místo ve své profesi. Špatná finanční situace rodiny se objevila pouze v jedné kazuistice. Odborné zdroje stejně tak uvádí, že u výskytu sexuálního zneužívání nezáleží na tom, jakou má rodina socioekonomickou situaci. V odborných zdrojích bývá také uvedeno, že věk, ve kterém jsou děti nejčastěji zneužívány, spadá do období mateřské školy a nástupu do základní školy. Všechny kazuistiky se v tomto poznatku shodují.

Zjištěné poznatky také dokládají fakt, že nízký věk a to, že dítě nerozumí sexuálnímu zneužití, jako něčemu špatnému nebo potencionálně nebezpečnému neznamena, že by si dítě neneslo žádné psychické následky do budoucnosti. Právě naopak v psychice dítěte vznikne nezpracované trauma, které dítě vytěsňuje, ale postupem času se začínou objevovat neklamně známky prožitého traumatu. Psychické následky sexuálního zneužívání se mohou také projevit až v dospělém věku, což se také objevuje v kazuistice číslo 2 a 3. V obou případech, kdy jsou již dívky na hranici dospělosti, vykazují známky fobie z mužů, mají problém navázat dlouhodobý vztah, trpí sníženým sebehodnocením a změněným vnímáním sexuality a osobnostních hranic. Tyto dívky sexuální zneužívání zatajovaly kvůli velkému strachu ze zneuživatele a po několik let o sexuálním zneužívání nikdo nevěděl. Toto zjištění tedy potvrzuje tvrzení, že zažívá-li dítě nějaké trauma, není vždy úplně jednoduché nahlédnout příčiny tohoto jevu. Právě naopak k odhalení týrání a zneužívání dochází častěji až po jeho dlouhodobém průběhu, prvotní projevy dítěte tedy mohou unikat pozornosti nebo mohou být chybně interpretovány. Každý z uvedených příkladů potvrzuje, že výskyt sexuálního zneužívání je ovlivněn i charakteristikami

rodinného života. Dítě vyrůstající v prostředí lhostejnosti, nevšímavosti, či kde se vyskytuje fyzická nebo verbální agrese, tak může snáze podlehnout manipulaci dospělého.

Kazuistiky se s mnoha tezemi z teoretické části shodovaly, ale některé získané informace z odborné literatury jsem potvrdit nemohla. Hlavně z toho důvodu, že mi jako vzorek pro ověřování teoretických poznatků sloužily jen tři kazuistiky sexuálně zneužívaných dětí. Je totiž velmi složité získat takto citlivé informace o lidech, kteří se stali oběti sexuálního zneužívání.

Aby se tomuto fenoménu zabránilo, či aby se sexuální zneužívání zavčas rozpoznalo, je důležité, aby byl kladen velký důraz na prevenci. Proto je esenciální, aby se o tomto fenoménu vědělo a aby měl každý pracovník v pomáhajících profesích, učitel nebo školní poradenský psycholog dostatek dostupných informací a spolehlivých vodítek, jak sexuální zneužívání odhalit, popř. jak pracovat s oběťmi sexuálního zneužívání.

7 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má sexuální zneužívání dětí na jejich aktuální sociální situaci. Dále jsem se v mé práci zaměřila na nejrozličnější aspekty ovlivňující sexuální zneužívání dítěte a jeho následnou sociální situaci. Ve své práci popisuji nejen syndrom sexuálně zneužívaného dítěte, ale také obecně problematiku týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte a všechny jeho možné formy. Ve většině případů totiž dochází k různým kombinacím týrání a velká část z nich může zůstat skrytá, navenek neviditelná.

Vliv sexuálního zneužívání na dítě a posléze na jeho sociální situaci se dá popsat jako devastující. Jednak dochází k naprosté změně vnímání vlastní sexuality, dále ke změně postojů k vlastní osobnosti a neschopnosti navázat blízké vztahy k opačnému pohlaví. Oběť sexuálního týrání se tak ocitá na okraji společnosti, bez důvěry v své schopnosti řídit svůj život a strachu z opakovaného násilí. Oběť také často ztrácí vazby se svou primární rodinou a chybí mu tak v životě základní jistota, kterou poskytuje domov. Pokud jde o zneužívání dítěte v nízkém věku, jde s určitostí říci, že si tento jedinec přenesení své trauma do dospělého života v podobě posttraumatického stresového syndromu nebo v podobě jiného duševního onemocnění. Tyto následky prožitého traumatu je nutné dlouhodobě zpracovávat za přítomnosti psychologické a sociální pomoci. Jedině tak je možné, aby postižený jedinec nahlédl na příčiny svých neúspěchů a mohl se tak v budoucnu plnohodnotně účastnit dospělého života.

Cílem bylo popsat skrze teoretickou část východiska a průběh sexuálního zneužívání a srovnat zjištěné poznatky s analýzou jednotlivých kazuistiky. Výsledkem je určitý průnik tvrzení. Jsem si však vědoma, že pro hlubší vhled do problematiky sexuálního zneužívání by bylo vhodné rozšířit počet participantů, aby mohli být pokryty a popsány všechny vyskytující se fenomény.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARBAREE, H. E., & SETO, M. C. (1997). Pedophilia: Assessment and treatment. In D. R. Laws & W.O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment Arch Gen Psychiatry*;65(6):625-633. (pp. 175-193). New York:Guilford Press.

BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. Praha: Triton, 2012. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-530-5.

BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.

DOYLE, Celia. *Child sexual abuse: a guide for health professionals*. London: Chapman & Hall, 1994. ISBN 9780412469602.

DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).

DUNOVSKÝ, Jiří. Zneužívané a zanedbávané dítě. Výzkum, jeho praktické uplatnění a prevence. Přednáška na 4. Evropské konferenci k problematice CAN. Padova, Itálie, březen 1993

DUŠKOVÁ, Zora. *Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992-2003*. Praha: Dětské krizové centrum, 2004.

FINKELHOR, David. a SHARON. ARAJI. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage Publications, c1986. ISBN 0803927495.

GJURIČOVÁ, Šárka, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK. *Podoby násilí v rodině*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.

HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1168-3.

HORT, Vladimír a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

Infocentrum sociální pomoci KONTAKT. MATEŘSTVÍ, RODIČOVSTVÍ, NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE - Informace, kontakty, sociálně zdravotní služby. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence (2006)

KESSLER RC, Pecora PJ, Williams J, Hiripi E, O'Brien K, English D, White J, Zerbe R, Downs C, Plotnick R, Hwang I, Sampson NA (2008). Effects of Enhanced Foster Care on the Long-term Physical and Mental Health of Foster Care Alumni.

KOUKOLÍK, F. *Sociální mozek*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1242-9.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 3., dopln. vyd. Praha: Avicenum, 1974.

MATĚJČEK, Zdeněk, Jiří DUNOVSKÝ a Zdeněk DYTRYCH. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0853-2.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha, 1992.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986. Pyramida (Panorama).

MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 335 s. ISBN 08-056-89.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.

POLANSKY, N.A., Gaudin, J.M., Kilpatrick, A.C., (1992): Family Radicals. Children and Youth Services Review

PRAŠKO, Ján. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 178 s. ISBN 80-7178-811-2.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.

PTÁČEK R. a kol. (2011). Závěrečná zpráva. „Vývoj dětí a jejich potřeb v náhradní rodinné a výchovné péči v kontextu současného společenského vývoje. Dílčími cíli projektu bude mapování osobnostních charakteristik „náhradních“ rodičů, náhradních rodin a výchovných postupů“. MPSV.

SALTER, Anna C. *Treating child sex offenders and victims: a practical guide*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, c1988. ISBN 0803931824.

SINGLY, François de. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-2491.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Kamil PROVAZNÍK. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-479-9.

WATKINS, B., & BENTOVIM, A. (2006). The Journal Of Child Psychology and Psychiatry. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00862.x

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání - pachatelé a oběti*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-795-8.

WEISS, Petr. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

Elektronické zdroje

http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/MS_brozura_rodinne_pravo.pdf